

Université de Montréal

Implantation du processus de soins en nutrition

par Adriana Fratino, Dt.P.

Département de nutrition

Faculté de médecine

Université de Montréal

Mémoire présenté

en vue de l'obtention du grade de Maîtrise recherche
en Nutrition

9 janvier 2017

© Adriana Fratino, 2017

Résumé

Problématique : Au Québec, le Processus de soins en nutrition (PSN) est peu utilisé, les organisations appréhendent que l'implantation sera ardue mais sont motivées à procéder.

Objectif : Accompagner deux services de nutrition clinique d'établissements de santé de la grande région de Montréal dans le déploiement du PSN et documenter les barrières et facteurs facilitateurs.

Méthodologie : L'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et le CSSS Champlain–Charles-Le Moyne ont été recrutés. La collecte de données fut réalisée via des séances d'accompagnement tout au long du déploiement du PSN. Une rencontre de bilan fut effectuée dans chaque milieu, avec les nutritionnistes et les chefs de service. Les données colligées sont qualitatives. Les échanges furent enregistrés et un cahier de bord complété. La synthèse a été rédigée selon un modèle de gestion de changement.

Résultats : Au total, 18 séances d'accompagnement eurent lieu et cinq rencontres de bilan. Les principaux obstacles à la mise en œuvre du PSN sont en grande partie liés à l'engagement des nutritionnistes, à la formation et aux contraintes de temps. Les principaux facteurs facilitateurs sont les présentations d'histoires de cas accompagnées de discussion et le manuel de la Terminologie internationale de diététique et de nutrition (TIDN).

Discussion : Notre système de santé est de plus en plus sujet à des changements et les dirigeants devront optimiser les ressources. *L'International Confederation of Dietetic Associations* a suggéré d'adopter, à l'échelle internationale, le PSN en tant que cadre pour la profession. Les stratégies d'implantation portant sur des principes de gestion du changement organisationnel faciliteront l'intégration de ces changements importants. L'expérience des deux milieux documentés sera éclairante pour les autres organisations désirant implanter le PSN.

Mots-clés : Processus de soins en nutrition, terminologie du processus de soins en nutrition, implantation, modèle de gestion de changement, barrière, facteur facilitant, optimisation des ressources, pratique professionnelle.

Abstract

Problem: In Quebec, the use of the Nutrition Care Process (NCP) is limited, organizations apprehend its implantation will be arduous but are motivated to proceed.

Objective: To accompany two clinical nutrition services of health facilities in the greater Montreal area in the deployment of the NCP and document the barriers and facilitating factors.

Methodology: The Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal and the CSSS Champlain–Charles-Le Moyne were recruited. Data collection was accomplished through accompanying sessions throughout the deployment of the NCP. An end of project meeting was held in each area, with nutritionists and heads of departments. The data collected is qualitative. The exchanges were recorded and a logbook was completed. The synthesis was written using a change management model.

Results: A total of 18 accompanying sessions were held and five end of project meetings were held. The main obstacles to the implementation of the NCP are largely related to the commitment of nutritionists, training and time constraints. The main facilitating factors are the presentations of case studies with discussion and the manual of the International Dietetics and Nutrition Terminology (IDNT).

Discussion: Our health system is increasingly subject to change and leaders will need to optimize resources. The International Confederation of Dietetic Associations suggested adopting the NCP as an international framework for the profession. Implementation strategies for organizational change management principles will facilitate the integration of these important changes. The experience of the two documented environments will be enlightening for other organizations wishing to implement the NCP.

Keywords: Nutrition Care Process, Terminology of the Nutrition Care Process, implementation, change management model, barrier, facilitating factor, resource optimization, professional practice.

Table des matières

Résumé	i
Abstract.....	ii
Table des matières.....	iii
Liste des figures	vi
Liste des sigles	vii
Liste des abréviations	viii
Remerciements.....	x
Introduction.....	1
I. Portrait du système québécois de santé	3
a. Historique.....	3
b. Réorganisation récente du réseau de la santé.....	5
II. Portrait de la profession de diététiste-nutritionniste.....	8
a. Historique.....	8
b. Ordre et associations professionnelles.....	9
c. Loi 90 au Québec.....	10
d. Normes de pratique.....	11
i. Contexte québécois	11
ii. Contexte américain de la profession.....	12
III. Processus de soins en nutrition.....	14
a. Description du modèle théorique du processus de soins en nutrition	14
b. Description de la terminologie normalisée	18
c. Validation de la terminologie	19
d. Bénéfices liés à l'adoption du PSN	22
e. Diffusion du PSN au Québec, au Canada et à l'international	25
IV. Processus de gestion du changement.....	28
V. Problématique et objectifs de la recherche	32
a. Problématique.....	32
b. Objectif général et objectifs spécifiques	33
VI. Méthodologie	33

a.	Recrutement de milieux	33
b.	Portrait des établissements et de ses ressources humaines	34
i.	Milieu 1 : Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (HSCM)	34
ii.	Milieu 2 : CSSS Champlain-Charles-Le Moyne (CSSS)	36
c.	Accompagnement et collecte des données.....	38
d.	Analyse des données qualitatives	39
e.	Éthique	39
f.	Financement	41
VII.	Résultats.....	41
a.	Milieu 1 : Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (HSCM)	41
i.	Chronologie des événements.....	41
ii.	Bilan avec l'équipe des nutritionnistes	47
iii.	Bilan avec le chef de service de nutrition clinique	50
b.	Milieu 2 : CSSS Champlain–Charles-Le Moyne (CSSS).....	54
i.	Chronologie des événements.....	54
ii.	Bilan avec l'équipe des nutritionnistes de la 2 ^{ième} ligne	59
iii.	Bilan avec l'équipe des nutritionnistes de 1 ^{ière} ligne.....	62
iv.	Bilan avec le chef de service de nutrition clinique	65
VIII.	Discussion	71
a.	Enjeux associés à la gestion du changement dans les organisations publiques	71
b.	Facteurs d'ordre individuel liés à la résistance au changement	73
c.	Processus de gestion du changement appliqué au PSN	78
i.	Le cas du milieu 1 (HSCM)	78
ii.	Le cas du milieu 2 (CSSS)	80
iii.	Le cas de l'utilisation du PSN en Australie	81
IX.	Pistes de recherche.....	87
X.	Limites de la recherche	91
	Conclusion	92
	Bibliographie	94
	Annexe 1 : Lettre aux responsables de nutrition clinique	xcvi
	Annexe 2 : Lettre d'acceptation au projet de recherche	xcvii

Annexe 3 : Lettres d'engagement des milieux	xcviii
Annexe 4 : Lettre aux non participants	xcix
Annexe 5 : Organigramme du service de nutrition clinique de l'Hôpital de Sacré-Cœur de Montréal (HSCM)	c
Annexe 6 : Formulaire de notes au dossier des nutritionnistes de l'HSCM (clientèle hospitalisée)	ci
Annexe 7 : Organigramme du CSSS Champlain–Charles-Le Moyne (CSSS).....	civ
Annexe 8 : Formulaire de notes au dossier des nutritionnistes du CSSS (clientèle hospitalisée)	cv
Annexe 9 : Grille de discussion sur les 8 étapes de Kotter ¹	cx
Annexe 10 : Lettre de décision du CERES	cxiv
Annexe 11 : Avis de correctifs du CÉR de l'HSCM	cxv
Annexe 12 : Formulaire de consentement.....	cxvii
Annexe 13 : Décision du CÉR de l'HSCM	cxxv
Annexe 14 : Lettre de précision aux nutritionnistes de l'HSCM.....	cxxvi
Annexe 15 : Lettre de dépôt au CÉR du CSSS Champlain–Charles-Le Moyne	cxxvii
Annexe 16 : Lettre et rapport du comité scientifique du CÉR du CSSS Champlain–Charles-Le Moyne.....	cxxviii
Annexe 17 : Lettre de retrait au CÉR du CSSS Champlain–Charles-Le Moyne	cxxxi
Annexe 18 : Décision du CÉR du CSSS Champlain–Charles-Le Moyne	cxiii
Annexe 19 : Lettre à la chef de service de l'HSCM	cxxxv
Annexe 20 : Invitation aux nutritionnistes de l'HSCM à la rencontre de bilan	cxxxvi
Annexe 21 : Rapport de la rencontre de bilan avec les nutritionnistes de l'HSCM	cxxxvii
Annexe 22 : Formulaire révisés des notes au dossier des nutritionnistes du CSSS	cxxxix
Annexe 23 : Invitations aux nutritionnistes de 1 ^{ière} et 2 ^{ième} ligne du CSSS aux rencontres de bilan	cxliii
Annexe 24 : Rapport des rencontres de bilan avec les nutritionnistes du CSSS	cxlv

Liste des figures

Figure 1 : Le modèle du processus de soins en nutrition – version adaptée (Academy of Nutrition and Dietetics 2016)	15
Figure 2 : Chronologie des principaux événements du projet à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	41
Figure 3 : Chronologie des principaux événements du projet au CSSS Champlain–Charles-Le Moyne.....	54
Figure 4 : Aperçu du processus d'implantation et de la trousse de documentation basé sur les huit étapes de Kotter (Porter, Devine et al. 2015).....	83

Liste des sigles

ADA : American Dietetic Association

ADIME : Assessment, diagnosis, intervention, monitoring and evaluation

ANCQ : Association des nutritionnistes cliniciennes du Québec

AND: Academy of Nutrition and Dietetics

ANREF : Apport nutritionnel de référence

ASK: Attitudes Support Knowledge

ASSS : Agence de santé et de services sociaux

CECM : Comité exécutif du Conseil multidisciplinaire

CÉR : Comité d'éthique de la recherche

CERES : Comité d'éthique de la recherche en santé

CH : Centre hospitalier

CHSLD : Centre d'hébergement de soins de longue durée

CICM : Centre intégré de cancérologie de la Montérégie

CIM : Classification des maladies

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CLSC : Centre local de soins communautaires

CPEJ : Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse

CR : Centre de réadaptation

CSSS : Centre de santé et de services sociaux

DC : Diététistes du Canada

DCV: Diagnostic content validity

EFAD: European Federation of the Associations of Dietitians

eNCPT: Electronic Nutrition Care Process and Terminology

ETC : Équivalent temps complet

HSCM : Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

IDNT: International Dietetic and Nutrition Terminology

INI: International NCP and NCPT Implementation

NCP: Nutrition Care Process

NCPT: Nutrition Care Process and Terminology
OPDQ : Ordre professionnel des diététistes du Québec
PES : Problème, étiologie et signe / symptôme
PIB : Produit intérieur brut
PSN : Processus de soins en nutrition
RTS : Réseau territorial de services
SAD : Soutien à domicile
SOAP : subjective, objective, assessment, plan
SOP: Standard of practice
SOPP: Standard of professional performance
TCI: Temperament and Character Inventory
TIDN : Terminologie internationale de diététique et de nutrition
TPSN : Terminologie du processus de soins en nutrition

Liste des abréviations

Etc. : Et cætera
M : million
n : nombre
P : probabilité
vs : versus

À mon conjoint, merci pour ton soutien et ta confiance en moi.

À mes parents, merci de m'avoir appris l'autonomie et la persévérance.

À ma fille, qui est ma source de bonheur et d'inspiration.

Remerciements

J'aimerais tout d'abord remercier les chefs de nutrition clinique pour leur engagement, leur persévérance et leur support.

À toutes les nutritionnistes cliniciennes qui ont participé à l'étude, merci pour votre collaboration et votre contribution.

Finalement, un gros merci à ma directrice de recherche, Marie Marquis, pour son écoute, son soutien, ses précieux conseils, son temps et son dynamisme.

Introduction

Notre système de santé canadien et québécois est de plus en plus sujet à des changements, car notre société fait face à plusieurs défis, dont le vieillissement de la population, l'augmentation du coût des soins et services et la pénurie de personnels soignants (médecins, infirmiers, professionnels de la santé, etc.). Dans l'avenir, les gouvernements devront faire des choix difficiles afin de pouvoir continuer à offrir des soins de qualité à la population. Au niveau des établissements de la santé, les dirigeants devront essayer de trouver de nouvelles initiatives, de nouvelles façons de faire, afin d'optimiser les ressources financières et humaines. En conséquence, en premier lieu, les systèmes professionnels (lois et code des professions) et en deuxième lieu, les ordres professionnels devront s'adapter aux nouvelles réalités auxquelles feront face leurs membres sans perdre de vue la protection du public.

Alors, comme plusieurs professionnels de la santé, les diététistes/nutritionnistes devront démontrer concrètement leur rôle dans la prévention et le traitement des maladies et l'impact de leurs interventions sur la population, permettant entre autres de faire évoluer leur profession. À cet égard, plusieurs questions importantes doivent être soulevées dont : Comment les diététistes peuvent-ils assurer des soins et services de qualité basés sur des données probantes? Comment les diététistes peuvent-ils améliorer leur approche, leur façon de communiquer tout en travaillant de façon efficiente et efficace ?

Plusieurs regroupements de nutritionnistes au niveau international se sont penchés sur ces questions. *L'International Confederation of Dietetic Associations* a suggéré d'adopter, à l'échelle internationale, le processus de soins en nutrition (PSN) et la terminologie internationale de diététique et de nutrition (TIDN) en tant que cadre pour la profession. Les universités et les programmes de stages en diététique au Canada commencent à inclure le PSN et la TIDN dans leurs programmes d'études et leurs activités d'apprentissage. Au Canada et au Québec, ce processus est en voie d'implantation dans les établissements de santé, mais sans cadre de référence.

Étant nutritionniste clinicienne, œuvrant en centre hospitalier de soins aigus depuis plus de 18 ans, j'ai activement été impliquée dans l'implantation du PSN dans mon milieu de travail. Alors, j'ai décidé de mettre à profit mon expérience aux établissements qui veulent faire de

même. L'objectif principal de ma recherche sera d'accompagner deux services de nutrition clinique du réseau social de la santé du Québec dans le déploiement du Processus de soins en nutrition (PSN). Avant de présenter la méthodologie et les résultats de ma recherche, je dresserai un portrait du système québécois de santé, de la profession de diététiste/nutritionniste, je définirai les concepts du PSN et de la TIDN et j'aborderai le processus de gestion du changement.

I. Portrait du système québécois de santé

a. Historique

Depuis sa création, notre système de santé et des services sociaux a toujours évolué. Afin de mieux comprendre sa dynamique actuelle, nous devons revoir ses perspectives historiques.

Avant 1948, le système de santé du Québec, comme celui des autres provinces du Canada, reposait en grande partie sur l'initiative privée : les communautés religieuses et les associations de bienfaisance administraient les hôpitaux [1]. L'État subventionnait l'entreprise privée pour l'hygiène du milieu, la médecine préventive et la lutte contre certaines maladies comme les maladies vénériennes, la tuberculose et les maladies infantiles. En 1936, le ministère de la Santé fut créé.

À deux reprises, en 1935 et en 1945, le gouvernement fédéral tente d'instituer, pour l'ensemble du Canada, un régime public et universel de soins médicaux; cette initiative est contestée par plusieurs provinces dont le Québec et déclarée inconstitutionnelle par les tribunaux [1]. En 1948, des subventions fédérales aux provinces pour financer la construction et le développement des hôpitaux, les services psychiatriques, l'hygiène et la formation professionnelle, ont débuté.

La loi fédérale sur les soins médicaux, adoptée en 1966 et mise en vigueur en 1968, assure la prise en charge publique des frais médicaux par un partage d'environ 50 % entre le gouvernement fédéral et les provinces. Cette loi stipule quatre conditions précises auxquelles les provinces doivent se soumettre : l'universalité, la globalité, la gestion publique et la transférabilité [1].

Après une grande période de prospérité économique, à partir du début des années 1970, succède une période de stagnation/récession, qui aura une grande répercussion sur le système de santé. Alors, le gouvernement exercera un contrôle de plus en plus strict sur les dépenses publiques. À partir de 1977, le gouvernement fédéral contribuera des allocations selon l'évolution du produit intérieur brut (PIB); par conséquent, les allocations seront réduites en période de récession.

En 1966, on attribue à la commission Castonguay – Nepveu le mandat de revoir le secteur de la santé et des services sociaux du Québec [2]. En décembre 1971, est adoptée la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les services de prévention, administrés antérieurement par le ministère et les grandes municipalités, sont confiés à 32 centres hospitaliers qui se voient ainsi investis d'une mission nouvelle [1]. De plus, les centres locaux de services communautaires (CLSC) ont été créés afin de combler le besoin de soins de première ligne.

Le ralentissement de la croissance économique continue au début des années 80. Les subventions fédérales diminuent et les provinces ont recours de plus en plus au financement privé. Devant la montée persistante des dépenses hospitalières, le gouvernement du Québec crée, en 1985, une nouvelle commission d'enquête chargée d'évaluer le fonctionnement et le financement des services de santé et des services sociaux et de proposer des solutions : la commission Rochon dépose son rapport en 1987 [1]. La commission avait noté plusieurs résultats positifs du système en place, dont l'accessibilité universelle et gratuite aux soins. Cependant, de nombreux problèmes restaient encore, dont les services trop souvent discontinus, incomplets et impersonnels, les ressources humaines souvent mal gérées et de plus en plus démotivées et un mauvais partage des responsabilités entre les établissements. Le rapport Rochon présente deux visions : la défense d'un système public et accessible et la défense de nouvelles pratiques de gestion empruntées du secteur privé, qui s'appuient sur des valeurs d'efficacité et d'efficience, d'autonomie, d'imputabilité et de changement [2].

En 1991, la réforme Côté – Loi 120, s'appuyant sur le rapport Rochon, donne de nouvelles orientations et une nouvelle configuration du réseau de santé et des services sociaux : décentralisation, régionalisation et virage vers la communauté orientée sur le citoyen.

En 1995, la réforme Rochon, démarre une restructuration majeure du système de la santé : le virage ambulatoire, visant à réduire le temps d'hospitalisation en offrant des services à domicile. Le gouvernement vise à réduire ses coûts reliés au secteur de la santé, en contrôlant et en limitant ses effectifs et ses ressources. De plus, on a assisté à la retraite de plusieurs travailleurs, créant ainsi une pénurie de main d'œuvre et un recours au secteur privé afin d'embaucher principalement du personnel infirmier.

Dans les années 1990, deux comités de travail ont été créés : 1- le comité de travail Arpin, qui visait à effectuer un portrait des dépenses et à explorer de nouvelles avenues quant à la collaboration du secteur public et privé ; 2- la commission d'étude Clair, qui portait aussi sur le financement du système de santé et des services sociaux. Cette dernière commission, a aussi cherché à trouver les méthodes d'interventions les plus efficaces sous l'influence de l'approche populationnelle : « la qualité, l'efficacité et l'efficience des services sociaux passent par l'évaluation systémique des pratiques et des approches sociales de même par une meilleure compréhension de l'effet des déterminants sociaux de la santé » [2]. Ainsi, la notion d'indicateurs de mesure de performance est apparue.

En 2003, la réforme Couillard prend place avec la refonte structurelle du système ayant comme objectifs de développer une meilleure continuité et qualité des soins et d'améliorer la gestion des soins. Le projet de loi 25 créa les Agences de santé et de services sociaux (ASSS), issues des anciennes Régies régionales et les Centre de santé et de services sociaux (CSSS). Avec cette nouvelle organisation décentralisée, permettant une plus grande autonomie aux agences, celles-ci devaient produire des données (sociodémographiques, socio sanitaires, socio-économiques, sur l'utilisation des services) et chiffrer les soins prodigués dans le but d'atteindre des résultats. De plus, dans les années 2000, le secteur privé prend plus d'ampleur.

b. Réorganisation récente du réseau de la santé

En 2015, dans le contexte d'austérité et d'équilibre budgétaire, le gouvernement du Québec fait adopter le projet de loi 10, intitulé Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, qui abolit, notamment, les agences régionales (ASSS) [3]. Cette réorganisation est une occasion pour le gouvernement de tenter d'harmoniser les pratiques, tout en assurant une meilleure fluidité des services offerts par la fusion des diverses installations, au profit de la population. La Loi prévoit la création de 13 centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et de neuf centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS).

Chaque CISSS et chaque CIUSSS est au cœur d'un réseau territorial de services (RTS), qui a la responsabilité, d'assurer la prestation de soins et de services à la population de son territoire, de veiller à l'organisation des services et à leur complémentarité dans le cadre de ses multiples missions (CH, CLSC, CHSLD, CPEJ, CR) et de conclure des ententes avec les autres installations de son RTS (cliniques médicales, groupes de médecine de famille, organismes communautaires, pharmacies communautaires, etc.).

Cette nouvelle organisation permettra, entre autre, de réduire le nombre de niveaux hiérarchiques de gestion de trois à deux paliers au sein du réseau, de réduire le nombre d'établissements publics de 182 à 34, de diminuer le nombre de postes-cadres supérieurs et de personnel administratif et d'améliorer le partage, la répartition, le recrutement et la rétention du personnel dans une région; le tout résultant en une économie de 220 M \$ par année [3].

Au Québec, en 2010, les dépenses totales en santé (incluant les dépenses directes du gouvernement fédéral et les dépenses privées) étaient de l'ordre de 43,5 milliards de dollars [4]. Les dépenses publiques de santé, qui s'élevaient en 2012 à 30,5 milliards de dollars, représentaient 70,2 % des dépenses totales [4]. De 2000 à 2012, les dépenses publiques et privées de santé ont respectivement eu un taux de croissance annuel moyen de 4,9 % et de 5,8 %.

Des changements démographiques et de santé auront aussi un effet sur les dépenses de l'état. Ainsi, en 2012, au Québec, l'espérance de vie à la naissance s'établit à 81,8 ans, soit 79,8 ans pour les hommes et 83,8 ans pour les femmes ; elle se situe parmi les plus élevées au monde ; le Québec se caractérise par un vieillissement accéléré de sa population. La proportion des personnes de 65 ans et plus, qui se situait entre 12 et 13 % à la fin des années 1990, doublera pour passer à 25 % en 2031 [4]. À l'égard de la santé, on observe un accroissement de l'obésité, qui touche maintenant un adulte sur six. Bien que le Québec présente une prévalence de l'obésité légèrement sous la moyenne canadienne, elle est supérieure à celle de plusieurs pays de l'Organisation de coopération et de développement économique [4].

Notons aussi qu'au Québec, comme dans la majorité des pays industrialisés, les maladies chroniques et les incapacités exercent des pressions importantes sur le système de santé et de services sociaux. La moitié de la population âgée de 12 ans et plus aurait au moins un problème de santé chronique en 2010-2011, et le quart en aurait au moins deux [4]. L'hypertension touche

maintenant 16 % des Québécois et le diabète en affecte 6 %. La prévalence des maladies cardiaques et du cancer est en augmentation. De même, la maladie d'Alzheimer et les autres types de démence progressent. Un adulte sur 10 est atteint de trouble mental chaque année [4].

Outre, une pression à la hausse portant sur la demande quant aux services de santé et aux services sociaux, ces tendances impliquent d'adapter l'offre pour mieux répondre aux besoins évolutifs des personnes qui sont affectées par les maladies chroniques, les troubles cognitifs ou les incapacités dans la vie quotidienne.

Finalement, les professionnels de la santé devront s'assurer que leurs pratiques évoluent selon la demande et les besoins de la société. Le prochain chapitre dresse un portrait de la profession de diététiste/nutritionniste.

II. Portrait de la profession de diététiste-nutritionniste

Dans ce chapitre, je ferai un bref retour des événements marquants dans l'histoire de la profession [5], une présentation des associations professionnelles, des cadres réglementaires et des cadres normatifs de la profession.

a. Historique

L'alimentation a toujours eu une influence importante dans la société mais c'est surtout depuis un siècle que la diététique a obtenu un statut de profession autonome. Avec les années, la diététique s'est transformée grâce à l'apport de la science, comme la physiologie et la chimie, pour modifier profondément le traitement des maladies liées à la nutrition ; ceci a donné naissance à des normes, comme les Apports Nutritionnels de Référence (ANREF), qui sont à la base du travail des diététistes/nutritionnistes.

Les deux premières universités canadiennes à offrir le programme de sciences domestiques (nutrition) ont été l'Université de Toronto (1902) et l'Université McGill (1907). Par la suite, des regroupements de diététistes se sont formés, *l'American Dietetic Association* (ADA) en 1917 et les Diététistes du Canada (DC) en 1935.

Au Québec, c'est durant la deuxième guerre mondiale que furent développés les programmes d'enseignement francophone en nutrition, à l'Université Laval en 1941 et à l'Université de Montréal en 1942. Dans les années 1950 et 1960, la profession prend de l'envergure et se diversifie, notamment auprès de clientèles « à risque », comme les femmes enceintes, les enfants et les milieux défavorisés.

C'est en 1956 que la première province au Canada accorde un statut légal à la profession : le gouvernement québécois adopte la Loi des diététistes du Québec en lui réservant les titres « diététiste » et « diététicien ». En 1965, l'association des diététistes du Québec devient la Corporation des diététistes du Québec, en se joignant au Conseil interprofessionnel du Québec. En 1973, avec l'adoption du Code des professions, elle devient la Corporation professionnelle des diététistes du Québec, en même temps qu'une nouvelle structure afin de

mieux remplir son rôle de protection du public. En 1994, l'organisme prend son nom actuel, soit l'Ordre professionnel des diététistes du Québec (OPDQ), ainsi qu'un nouveau titre réservé de « nutritionniste ».

« Actuellement, de nombreux diététistes travaillent dans plus qu'un domaine d'exercice, mais la grande majorité exerce ses activités dans le secteur de la nutrition clinique (69 %). Environ 23 % des membres œuvrent en santé publique, 11 % en gestion des services d'alimentation et 6 % dans un autre secteur de la gestion, 3 % dans l'industrie agroalimentaire et 2,5 % dans l'industrie pharmaceutique. Environ 10 % des diététistes œuvrent dans le domaine des communications, une proportion en hausse depuis 1990. L'enseignement et la recherche regroupent respectivement 10 et 7 % des membres, la recherche étant aussi un secteur en progression. Enfin, notons que 24 % de diététistes pratiquent leur profession comme travailleurs autonomes » [5].

b. Ordre et associations professionnelles

Au 31 mars 2016, l'Ordre comptait 3 175 membres [6]. Le Québec est la seconde province qui compte le plus grand nombre de membres. Par ailleurs, 9 % des membres de l'OPDQ appartiennent aussi à l'association canadienne, désignée sous le nom de « Les diététistes du Canada ». Le but principal de l'association canadienne est d'accroître la visibilité des diététistes, de leur fournir des outils de perfectionnement, de développer la recherche et de favoriser la communication entre les diététistes du Canada [7].

La mission de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec est de valoriser l'importance de la nutrition, de la saine alimentation et des soins nutritionnels pour la promotion, le maintien et le rétablissement de la santé humaine. À cette fin, l'OPDQ privilégie des interventions de qualité optimale de la part de ses membres, et ce, en fonction des divers besoins nutritionnels de la population québécoise. Ce faisant, l'OPDQ contribue à la protection du public et contrôle la qualité de l'acte professionnel tout en favorisant la promotion, le développement et la reconnaissance des compétences de ses membres [8].

c. Loi 90 au Québec

En 2002, la Loi 90 [9] précise le cadre réglementaire de la profession. La Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, redéfinit et actualise le champ de pratique des diététistes. Depuis le 1^{er} juin 2003, date d'entrée en vigueur des dispositions de la Loi 90, le champ d'exercice des diététistes/nutritionnistes est défini en deux volets :

1. la nutrition clinique : « Évaluer l'état nutritionnel d'une personne, déterminer et assurer la mise en œuvre d'une stratégie d'intervention visant à adapter l'alimentation en fonction des besoins pour maintenir ou rétablir la santé » (Code des professions, article 37c)
2. la nutrition publique : « L'information, la promotion de la santé et la prévention de la maladie, des accidents et des problèmes sociaux auprès des individus, des familles et des collectivités sont comprises dans le champ d'exercice du membre d'un ordre dans la mesure où elles sont reliées à ses activités professionnelles » (Code des professions, article 39.4)

La Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé ont attribué aux diététistes/nutritionnistes l'exercice exclusif (avec les médecins) de certaines activités professionnelles pour lesquelles la réserve est justifiée car les diététistes-nutritionnistes sont reconnus comme seuls professionnels de la santé dont la formation et la compétence portent sur la nutrition humaine. Les activités réservées sont :

1. « Déterminer le plan de traitement nutritionnel, incluant la voie d'alimentation appropriée, lorsqu'une ordonnance médicale indique que la nutrition constitue un facteur déterminant du traitement de la maladie » (Code des professions, article 37.1a)
2. « Surveiller l'état nutritionnel des personnes dont le plan de traitement a été déterminé » (Code des professions, article 37.1b)

d. Normes de pratique

i. Contexte québécois

En 1998, l'OPDQ a débuté le processus de réviser les normes de compétences en nutrition clinique. Il a défini la compétence professionnelle comme « ...la démonstration par un individu qu'il possède la capacité – c'est-à-dire les connaissances, les habiletés et les attitudes – d'accomplir un acte professionnel, une activité ou une tâche conformément à une norme et/ou à toute autre exigence prédéterminée » [10]. Les normes de compétences en nutrition clinique, déposées en avril 2006, constituent un cadre normatif et s'appliquent à toutes activités cliniques du diététiste, qu'elles soient réservées ou non.

Le diététiste exerçant en nutrition clinique doit être capable de :

- Évaluer la présence de risque nutritionnel
- Évaluer l'état nutritionnel
- Déterminer un plan de traitement nutritionnel personnalisé
- Communiquer avec le patient/client et/ou les autres personnes concernées quant au plan de traitement nutritionnel
- Surveiller l'état nutritionnel de la personne dont le plan de traitement a été déterminé
- Consigner des notes au dossier du patient/client
- Partager son expertise
- Contribuer à la recherche et au développement de la profession
- Gérer son développement professionnel
- Respecter les principes éthiques

Pour chaque activité ci-haut mentionnée, les normes énoncent les compétences principales et secondaires requises par le diététiste et celui-ci doit être capable d'en démontrer sa maîtrise. Par la suite, chaque compétence est découpée en tâches qu'il doit être capable de réaliser en y associant les pratiques recommandées lorsque c'est possible ainsi que les

règlements auxquels elles sont assujetties s'il y a lieu. Par exemple, une des compétences secondaires reliées à l'activité d'évaluer l'état nutritionnel est de définir les problèmes nutritionnels existants; pour ce faire, le diététiste doit qualifier l'altération de l'état nutritionnel et ordonner les différents problèmes identifiés selon leur importance ou l'urgence d'intervenir [11]. Les descriptions des compétences peuvent servir dans des programmes d'appréciation de la qualité et des programmes de perfectionnement professionnel. De plus, l'analyse détaillée des compétences est utile au Comité d'inspection professionnelle dans son mandat de surveillance et d'amélioration de la qualité de l'exercice[12].

ii. Contexte américain de la profession

L'Academy of Nutrition and Dietetics (AND), anciennement *l'American Dietetic Association* (ADA), qui est la plus grande organisation mondiale regroupant les professionnels de l'alimentation et de la nutrition, a été fondée à Cleveland, Ohio en 1917, par un groupe de femmes vouées à améliorer la santé et la nutrition de la population durant la Première Guerre mondiale. Aujourd'hui, l'AND compte plus de 100 000 praticiens accrédités (diététistes diplômés et techniciens en diététique) et s'engage à améliorer la santé publique et à faire avancer la profession par la recherche, l'éducation et la promotion [13]. Sa vision est d'optimiser la santé par l'alimentation et la nutrition et sa mission est de donner aux membres le pouvoir d'être des leaders en alimentation et en nutrition [14].

L'Academy of Nutrition and Dietetics (AND) mène la profession en développant des normes qui permettent d'évaluer la qualité de la pratique et la performance des diététistes. Le domaine de pratique (*Scope of Practice in Nutrition and Dietetics*), les standards de pratique (*Standards on Practice (SOP) in Nutrition and Dietetics*) et les standards de la performance professionnelle (*Standards of Professional Performance (SOPP)*), ainsi que le Code d'éthique sont tous des guides pouvant être utilisés par les diététistes dans tous les champs de pratiques. Le *Scope of Practice* englobe l'éventail des rôles, des activités et des règlements dans lesquels les praticiens de la nutrition et de la diététique exercent leurs activités ; le domaine de pratique individuel du diététiste est déterminé par l'éducation, la formation, l'accréditation et la compétence démontrée et documentée [15].

Les standards sont révisés à tous les cinq ans. La dernière révision date de 2012. Les normes et les indicateurs trouvés dans le SOP et le SOPP reflètent le niveau minimum de compétence dans la pratique et la performance professionnelle des diététistes. Le SOP est composé de quatre normes représentant les quatre étapes du processus de soins en nutrition : l'évaluation nutritionnelle, le diagnostic nutritionnel, l'intervention nutritionnelle et la surveillance et évaluation de la nutrition. Le SOPP est composé de six normes représentant les compétences professionnelles : la qualité de la pratique, la compétence et la responsabilité / imputabilité, la prestation de services, l'application de la recherche, la communication et l'application des connaissances, l'utilisation et la gestion des ressources [15]. Chaque norme, représentant une compétence sur la nutrition et la pratique professionnelle, est définie afin de justifier son intention, son but et son importance. Des indicateurs ou actions illustrant comment chaque norme peut être appliquée en pratique sont attribués à chaque norme ainsi que des exemples de résultats mesurables attendus reliant les indicateurs à la pratique.

Il est encouragé que les diététistes utilisent ces normes pour leur portfolio de développement professionnel afin de définir leurs objectifs de formation continue. Les SOP et SOPP représentent des outils d'auto-évaluation qui encouragent les diététistes à atteindre une qualité et une performance optimale. L'auto-évaluation permet d'identifier les activités d'amélioration, d'apprentissage et de développement de compétences et d'encourager l'évolution de la profession.

Dans le prochain chapitre, je décrirai le PSN et la TIDN et je tracerai un portrait de son implantation au Québec, au Canada et à l'international.

III. Processus de soins en nutrition

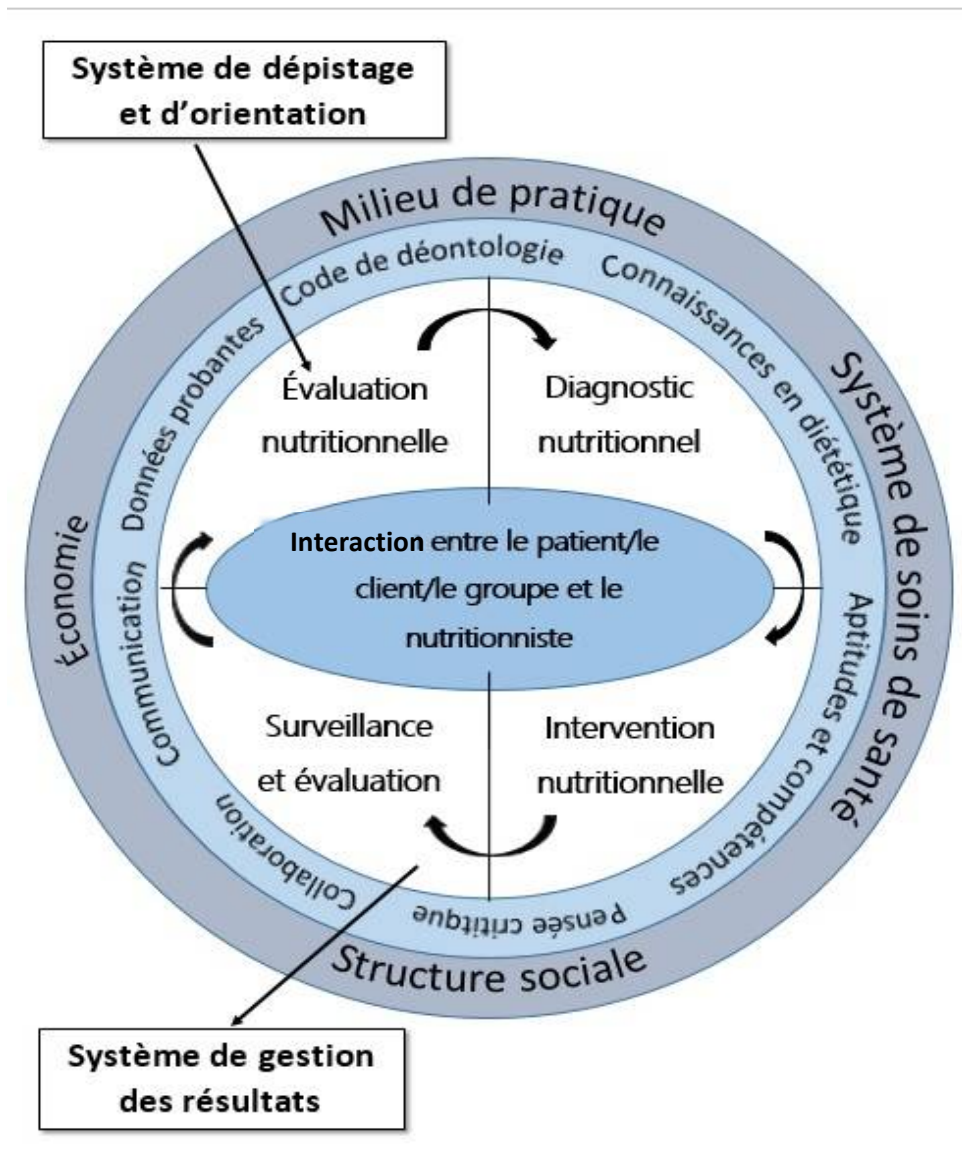
a. Description du modèle théorique du processus de soins en nutrition

L’American Dietetic Association (ADA), maintenant nommé Academy of Nutrition and Dietetics (AND), a mis au point le processus de soins en nutrition (PSN) en 2002. Dans le but d’améliorer la qualité et l’efficacité des soins en nutrition, le PSN utilise un cadre d’évaluation, incluant l’identification d’objectifs précis et la surveillance des résultats (cliniques et comportementales) des interventions nutritionnelles auprès de la clientèle. Ce cadre fournit une approche méthodique qui encourage la pensée critique et la résolution de problèmes dans le but d’améliorer l’impact des interventions en nutrition [16-18].

Le processus de soins est conçu pour améliorer la constance et la qualité des soins personnalisés prodigués à des patients/clients ou à des groupes ainsi que la prévisibilité des résultats des soins. Il n’est pas destiné à uniformiser les soins nutritionnels pour tous les patients/clients, mais plutôt à établir un processus uniforme de dispensation de soins [19]. Lorsque les professionnels de la santé utilisent un processus uniforme de façon méthodique, des résultats comparables peuvent être générés pour démontrer leur valeur [16].

Le modèle théorique du processus de soins en nutrition (PSN), développé par *l’Academy of Nutrition and Dietetics (AND)*, est illustré à la figure 1.

Figure 1 : Le modèle du processus de soins en nutrition – version adaptée [20]



Le fondement du modèle est l'interaction entre l'individu / la population et le professionnel de la nutrition et c'est cette relation centrale, qui se trouve au cœur du processus, ce qui illustre bien que ce soit une approche axée sur le client. Lorsque le diététiste travaille en collaboration avec l'individu (client/patient en nutrition clinique), ou élabore des programmes de santé publique pour la population/communauté, quatre étapes distinctes, mais liées entre elles, doivent être franchies dans le PSN. Ces étapes sont :

1. Évaluation nutritionnelle : se définit comme une méthode systématique pour l'obtention, la vérification et l'interprétation des données nécessaires pour identifier les problèmes liés à la nutrition, leurs causes et leur portée [21].
2. Diagnostic nutritionnel : en fonction des données issues de l'évaluation nutritionnelle, le diététiste est en mesure de déterminer s'il existe un problème nutritionnel et de le nommer à l'aide d'un diagnostic nutritionnel ; celui-ci permet d'identifier et de décrire un problème nutritionnel précis qui peut être résolu ou atténué grâce à son intervention nutritionnelle. Ce n'est pas un diagnostic médical qui décrit une maladie ou une pathologie des organes ou des systèmes de l'organisme. On communique le diagnostic nutritionnel à l'aide d'énoncé PES qui est composé de trois éléments distincts : le problème (P), l'étiologie (E) et les signes et symptômes (S). Par exemple, apport excessif en glucides (P) relié à une adhésion limitée au traitement nutritionnel (E) démontré par une hyperglycémie et une hémoglobine glycosylée $A1C > 6\%$ (S). Le diagnostic nutritionnel ainsi énoncé est un concept nouveau pour la plupart des diététistes.
3. Intervention nutritionnelle : se définit comme une action planifiée et volontaire conçue pour modifier les comportements relatifs à la nutrition, les facteurs de risque, les conditions du milieu ou un aspect de l'état de santé [22]. L'intervention nutritionnelle est généralement effectuée dans le but de résoudre les problèmes liés au diagnostic nutritionnel, mais peut également être ciblée pour réduire les signes ou symptômes du diagnostic nutritionnel [21]. Le mode d'administration des aliments et/ou nutriments, l'éducation en nutrition, le counseling nutritionnel et la coordination des soins en nutrition constituent des stratégies d'intervention nutritionnelle.
4. Surveillance et évaluation de la nutrition : consistent à établir l'ampleur des progrès réalisés et à déterminer si les objectifs sont atteints et les résultats obtenus [22]. La surveillance et l'évaluation de la nutrition permettent d'identifier les résultats des soins en nutrition qui sont pertinents pour le diagnostic nutritionnel, les plans d'interventions et les objectifs [21].

Le premier anneau extérieur du modèle du PSN décrit ce que la profession de diététiste/nutritionniste implique en matière d'interactions avec l'individu et la population : respect du code de déontologie, déploiement des connaissances, aptitudes et compétences,

pratique reposant sur des données probantes et transmise via de bonnes pratiques de communication et de collaboration.

Le deuxième anneau extérieur décrit les milieux de travail au sein desquels pratiquent les diététistes (soins primaires, soins ambulatoires, santé publique, etc.) et les éléments ayant un impact sur ces environnements : le système de soins de santé, les structures sociales et l'économie.

Le système de dépistage et d'orientation se retrouve à l'extérieur des anneaux car il peut être exécuté par d'autres personnes que les diététistes : techniciennes en diététique, personnel infirmier, etc. L'objectif du dépistage est de déterminer les personnes, groupes ou populations à risque de souffrir de problèmes nutritionnels et à qui ces programmes ou services sont destinés [21]. Finalement, le système de gestion des résultats, qui est aussi situé à l'extérieur des anneaux, consiste à recueillir et à analyser les données au niveau du groupe [21]. Ce système est essentiel pour démontrer l'efficacité des interventions nutritionnelles et déterminer les améliorations adéquates à apporter pour atteindre les objectifs d'intervention [22].

Notons que d'autres professionnels de la santé ont adopté un modèle de processus de soins. À titre d'exemple, au début des années 2000, l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec a débuté une série de réflexions sur la nécessité de mieux traduire par écrit le résultat de l'analyse et du raisonnement clinique effectué par les physiothérapeutes suite à leur évaluation. En 2006, un groupe de travail ad hoc a été créé afin de qualifier et de structurer le contenu du résultat de l'évaluation diagnostique des physiothérapeutes. En 2012, l'Ordre a remplacé dans son *Guide sur la tenue des dossiers* le terme « raisonnement clinique (impression clinique) » par celui de « diagnostic émis par le physiothérapeute », qui se définit ainsi : « Le diagnostic émis par le physiothérapeute est la conclusion qui découle du processus d'évaluation du physiothérapeute et qui identifie la nature et la sévérité du problème de santé et ses répercussions sur le plan du fonctionnement de l'individu en lien avec ses facteurs contextuels (facteurs personnels et environnement). Le libellé du diagnostic émis par le physiothérapeute reflète la qualité de son raisonnement clinique et de son expertise unique. Le libellé diagnostique doit être suffisamment détaillé pour permettre d'orienter le traitement et guider la conception du plan de traitement et le choix des interventions les mieux indiquées. » [23] Dorénavant, le diagnostic du physiothérapeute constitue une obligation professionnelle et une nécessité absolue

pour le développement et le rayonnement de la profession. L'Ordre continue à travailler activement à proposer de nouveaux modèles de service où la compétence et l'expertise des physiothérapeutes sont mieux exploitées et reconnues.

b. Description de la terminologie normalisée

Afin de pouvoir mettre en application le PSN, une terminologie normalisée complète relative au PSN a été créée en 2005 par un groupe de travail de *l'Academy of Nutrition and Dietetics (AND), Writing Group of the Nutrition Care Process / Standardized Language Committee*. La terminologie a été conçue pour mieux comprendre les soins et les services fournis par les diététistes dans leur profession. Le PSN et la terminologie sont des outils complémentaires, communément appelée la Terminologie du processus de soins en nutrition (TPSN), anciennement la Terminologie internationale en diététique et en nutrition (TIDN). Le PSN est un modèle de résolution de problèmes, tandis que la terminologie fournit un ensemble standardisé de termes utilisés pour décrire les résultats de chaque étape du modèle : évaluation nutritionnelle, diagnostic nutritionnel, intervention nutritionnelle et surveillance et évaluation de la nutrition. L'objectif de ces outils n'est pas seulement de faciliter la communication, mais de permettre aux chercheurs de décrire plus clairement les types de problèmes nutritionnels observés dans les populations de patients, les interventions prodiguées par les diététistes et les résultats obtenus de ces interventions [24]. La TPSN fournit une approche uniforme pour la documentation de l'information nutritionnelle essentielle dans les dossiers médicaux [25].

L'ensemble des termes définis de la TPSN facilitera l'intégration des activités des diététistes non seulement dans les dossiers médicaux électroniques, à venir, mais aussi dans les politiques, les procédures, les règles et la législation.

Le développement de la terminologie a débuté en 2003 par le comité de travail et est revue à chaque année. Plusieurs autres professions ont mis au point leurs terminologies pour décrire leurs fonctions uniques, comme la médecine, la profession infirmière, la physiothérapie et l'ergothérapie [26]. Au Canada, il existe la CIM-10 (Classification des maladies) qui

comprend seulement quelques termes pertinents sur la nutrition : malnutrition, carences en vitamines et minéraux, toxicité et obésité [26].

Chaque étape du PSN comporte sa propre terminologie. Les termes de l'évaluation nutritionnelle sont divisés en cinq groupes : histoire alimentaire, mesures anthropométriques, données biochimiques, procédures et examens cliniques, signes physiques axés sur la nutrition et antécédents du client. La deuxième étape, soit le diagnostic nutritionnel, est celle qui est moins bien connue par les diététistes. Les termes du diagnostic nutritionnel sont regroupés en trois catégories : apport, clinique et comportement-environnement. Les termes de l'intervention nutritionnelle sont organisés en quatre catégories : mode d'administration des aliments et/ou nutriments, éducation en nutrition, counseling nutritionnel et coordination des soins en nutrition. Finalement, les termes de l'évaluation nutritionnelle sont repris pour la quatrième étape, la surveillance/évaluation de la nutrition, sauf pour les antécédents du client. La documentation, soit les formulaires utilisés par les diététistes pour écrire dans le dossier du patient/client, peut suivre les quatre étapes du PSN comme par exemple la méthode ADIME (*A-nutrition assessment, D-nutrition diagnosis, I-nutrition intervention, ME-nutrition monitoring and evaluation*) ou la terminologie peut s'intégrer dans d'autres formats, telle que la méthode SOAP (*subjective, objective, assessment, plan*) ou le dossier de santé électronique (DSE) [24].

c. Validation de la terminologie

Comme les autres langages normalisés, la TPSN est rééditée annuellement basée sur des études de validation et des changements dans la pratique. Quelques études de validation des données sur les termes du diagnostic nutritionnel ont été faites. En 2006, Charney et al. [27] ont publié un sommaire de leur étude ; le but était de déterminer la fiabilité des termes du diagnostic nutritionnel utilisés par les diététistes selon trois niveaux d'entrée dans la profession (0 à 18 mois après inscription à l'AND, au-delà de 3 à 7 ans après inscription et experts diététistes nommés par les leaders au sein de l'AND). Au total, il y a eu 279 diététistes qui y ont participé (110 nouvellement entrés, 113 avec un niveau d'entrée de 3 à 7 ans et 56 experts). Après avoir complété un module de formation continue sur les diagnostics nutritionnels, les participants ont sélectionné des termes du diagnostic nutritionnel à partir d'une liste de 60 pour six scénarios cliniques. Au total, 34 termes du diagnostic nutritionnel ont atteint plus de 60% d'accord par

tous les participants. Donc, les auteurs ont conclu que leurs résultats avaient démontré une fiabilité qualifiée de bonne à excellente au niveau des choix des termes du diagnostic nutritionnel.

En 2008, Enrione et al. [28] ont publié une étude sur la validation des termes du diagnostic nutritionnel. Un questionnaire avec 62 diagnostics nutritionnels a été envoyé par la poste à 193 diététistes. Ceux-ci ont été invités à évaluer quantitativement chaque définition, étiologie et signe / symptôme sur une échelle de type Likert à 5 points pour déterminer la pertinence de chaque composante. Chaque note était pondérée et un score DCV (*diagnostic content validity*) était calculé. Les phrases ayant un score de DCV supérieur ou égal à 0,80 ont été classées comme une définition, une étiologie ou un signe / symptôme « majeurs ». Les phrases ayant un score DCV inférieur à 0,80 et supérieur à 0,50 étaient considérées comme « mineures ». Les énoncés ayant un score DCV inférieur ou égal à 0,50 ont été considérés comme non représentatifs / valides. Plus le score était élevé, plus les diététistes étaient confiants dans le diagnostic. Toutes les définitions, étiologies et signes / symptômes ont reçu une note « majeure » ou une note « mineure », soit un score de DCV plus de 0,50. Donc, aucun terme était considéré non représentatif, ayant reçu un score inférieur ou égal à 0,50. Les limites citées de l'étude étaient le faible taux de participation (26%, n=47) et un échantillon de diététistes non représentatif de la profession (seulement des diététistes pratiquant en soins aigus). Même avec ces limites, les auteurs ont conclu que les résultats de l'étude démontrent la validation du contenu des 62 diagnostics nutritionnels. Par contre, d'autres études de validation sont nécessaires.

Par la suite en 2010, Enrione et al. [29] ont mené une étude afin de valider 22 diagnostics nutritionnels en oncologie. Un questionnaire postal a ciblé un échantillon aléatoire de 300 diététistes membres de *l'Oncology Nutrition Dietetic Practice Group*. Les participants ont évalué chaque composante du diagnostic nutritionnel (définition, étiologie et signes/symptômes) sur une échelle de Likert à 5 points. Le même score DVC a été utilisé pour cette étude. Toutes les définitions ont obtenu des scores DCV $\geq 0,80$, soit « majeurs ». Trente-six étiologies et 34,3% des signes/symptômes étaient « mineurs » (score DCV entre 0,50 et 0,80). Une étiologie et un signe/symptôme ont noté $\leq 0,50$, donc considérés non représentatifs / valides. Alors, certains termes nécessitent encore d'être retravailler. Ces résultats appuient les

résultats de l'étude précédente d'Enrione et al. [28]. Il y a eu plusieurs limites méthodologiques citées pouvant réduire la portée des résultats de cette étude. La principale limite était la petite taille de l'échantillon ($n = 28$). De plus, l'étude visait à cibler un échantillon de diététistes qui évaluaient couramment des patients en oncologie. Cependant, les résultats ont démontré qu'un bon nombre des diététistes sélectionnés n'intervenaient pas principalement avec des patients en oncologie. Alors, plus d'études ciblées sont nécessaires afin de valider davantage la terminologie.

Depuis 2007, des fiches de référence pour plus de la moitié des diagnostics nutritionnels ont été clarifiées pour mieux refléter les signes et symptômes identifiés dans la pratique. Les utilisateurs de la TPSN, nord-américains et internationaux, sont encouragés à soumettre au *Nutrition Care Process Terminology Committee* des suggestions de modifications aux termes en utilisant des formulaires et des procédures acceptés [30]. Les modifications locales de la terminologie sont fortement déconseillées car cette pratique non seulement contrecarre l'objectif d'un vocabulaire normalisé, mais compromet la capacité de comparer les données entre les établissements et les milieux de pratique [24]. Depuis avril 2016, des synonymes sont offerts à six termes du diagnostic nutritionnel de la version originale anglaise pour refléter le même concept selon les besoins spécifiques de la pratique [31].

Il existe plusieurs publications décrivant la terminologie normalisée pour l'évaluation nutritionnelle, le diagnostic nutritionnel, l'intervention nutritionnelle et la surveillance et l'évaluation de la nutrition. En 2013, une version en français du *Pocket Guide for International Dietetics and Nutrition Terminology (IDNT) Reference Manual : Standardized Language for the Nutrition Care Process, Fourth Edition, Academy of Nutrition and Dietetics*, a été publiée sous le nom de Manuel de référence de la Terminologie internationale de diététique et de nutrition (TIDN) [19].

En 2014, la version électronique du manuel de référence a été publiée pour la première fois par l'AND. Il est mis à jour annuellement, généralement pendant les mois d'août à octobre. La terminologie électronique du processus de soins nutritionnels (eNCPT) est une publication en ligne contenant des explications sur le PSN [32]. Les abonnés de l'eNCPT ont accès à la terminologie la plus récente utilisée ainsi que des feuilles de référence qui fournissent des informations claires sur tous les termes de la TPSN. En plus de la version originale anglaise, la

terminologie a été traduite en plusieurs langues : français (Canada), suédois, allemand (Suisse), norvégien et danois. Ces versions se retrouvent sur le site mais ne sont pas toutes mises à jour annuellement.

Depuis 2005, l'AND a organisé plusieurs réunions et ateliers pour que les représentants de la communauté diététique internationale puissent partager leurs questions et préoccupations concernant le PSN et sa terminologie. En 2012, un petit groupe de représentants internationaux a été invité à former le Groupe de travail international et il organise régulièrement des téléconférences mettant l'accent sur les besoins croissants de la communauté internationale. Le groupe de travail représente actuellement huit pays et deux fédérations internationales et joue un rôle consultatif auprès du Comité TPSN. Depuis 2013, deux membres du groupe international participent en tant que membre votant au Comité de la TPSN. Ces efforts internationaux ont considérablement accru la mise en œuvre mondiale du TPSN. La TPSN est actuellement utilisée ou enseignée à divers endroits, notamment l'Australie, le Danemark, la Grèce, l'Islande, la France, la Finlande, l'Allemagne, Israël, l'Italie, le Japon, la Corée, la Malaisie, le Mexique, la Nouvelle-Zélande, la Norvège, Singapour, Taiwan et le Royaume-Uni. La terminologie a été traduite en 11 langues et dialectes: chinois, danois, anglais britannique, français (Canada), allemand, italien, japonais, coréen, espagnol (Mexique) et suédois [33]. Le fait, que plusieurs pays aient adopté ce modèle, démontre qu'il peut être appliqué à l'échelle internationale.

d. Bénéfices liés à l'adoption du PSN

En 2015, Ichimasa [34] a publié une revue d'études portant sur les effets positifs de l'implantation du PSN. Les études avaient été menées entre 2008 et 2014 et publiées dans le *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics* (anciennement le *Journal of the American Dietetic Association*). L'auteur a cité trois effets positifs : amélioration de la productivité, identification du taux de résolution de diagnostic et amélioration de la communication et de la reconnaissance par les médecins des recommandations des diététistes.

En 2008, Corado et Pascual [35] ont constaté que l'implantation du TPSN dans leur organisation de soins aigus à Los Angeles, aux États-Unis, a rendu la documentation des soins

en nutrition offerts par les diététistes plus facile à lire par d'autres professionnels de la santé et que le temps consacré à la documentation avait diminué, améliorant de 30% la productivité des diététistes. Avant l'adoption du PSN, les diététistes rédigeaient de longues notes utilisant la méthode SOAP : recueil de données subjectives (S - *subjective*) et de données objectives (O - *objective*), afin d'évaluer (A - *assessment*) et de déterminer le plan nutritionnel (P - *plan*). Après une période d'adaptation de trois mois, les diététistes plus habitués à utiliser la TPSN, avaient des notes plus courtes et plus spécifiques, augmentant ainsi le nombre moyen de patients observés par jour de 10 à 13.

Une préoccupation que plusieurs diététistes pourraient avoir avant d'implanter la TPSN dans leur pratique, est la diminution de la productivité lors de la transition. Mais selon Trombley et Rodrigues [36], l'utilisation de la TPSN n'avait pas entraîné une diminution du niveau de productivité, même pendant la phase initiale d'apprentissage dans leur établissement (*Harbor-UCLA Medical Center*). Avant l'implantation, les diététistes avaient été formés sur la TPSN pendant une période de six mois. Le gestionnaire de la nutrition clinique avait travaillé sur un système informatique de notes au dossier (*Affinity Patient Charting*) pour s'assurer que tous les termes du diagnostic nutritionnel et de l'intervention nutritionnelle étaient inclus dans le système. La TPSN avait été officiellement déployée en octobre 2007. Le niveau de productivité des diététistes pré-implantation était en moyenne de 1,63 patients hospitalisés vus à l'heure. Depuis la mise en œuvre de la TPSN, le niveau de productivité a été en moyenne de 1,58 ainsi ne démontrant pas de différence significative dans la productivité lors de l'implantation de la TPSN.

Un autre élément à considérer est la venue du dossier de santé électronique (DSE) et son impact sur l'efficacité et la qualité des soins prodigués par les diététistes. Rares sont les études publiées qui rapportent l'efficience et l'efficacité de la mise en œuvre de la TPSN à l'aide d'un système papier ou électronique. À ce sujet en 2014, Rossi et al. [37] ont mené une étude afin de comparer un système électronique à un système papier pour documenter la TPSN et son effet sur l'efficience et l'efficacité des soins diététiques dans un contexte d'hémodialyse. Une population de patients hémodialysés (n=91) a été choisie pour entreprendre cette étude en raison du groupe de patients relativement homogène qui nécessitent des interventions nutritionnelles à long terme. Il s'agissait d'une étude longitudinale de 12 mois. Au cours des six premiers mois,

les patients ont reçu les soins habituels avec la TPSN documentée via un système manuel papier ; par la suite, des mois 7 à 12, la documentation de la TPSN s'est faite via un système électronique. Toute la collecte de données au cours des 12 mois a été effectuée par un seul diététiste spécialisé en néphrologie. La productivité du diététiste en utilisant le système électronique a été considérablement améliorée. Le temps total consacré par le diététiste, pour l'évaluation nutritionnelle complète avec le patient, était inférieur avec le système électronique par rapport au système papier (57 minutes/patient vs 70 minutes/patient, $P<0,001$). Cette économie de temps provient à la fois du temps direct, temps face-à-face avec le patient (7 minutes de moins [réduction de 14%], $P<0,001$) et du temps indirect, temps réunion, développement professionnel et formation (6 minutes de moins [réduction de 29%], $P<0,001$). La principale limite citée par les auteurs était que l'étude était de nature pilote sans randomisation et groupe de contrôle. Toutefois, les auteurs ont conclu que, par rapport au système papier, la documentation électronique utilisant la TPSN avait permis d'améliorer la productivité sans compromettre la qualité des soins aux patients.

La TPSN intégrée dans le dossier de santé électronique (DSE) pourra faciliter le recueil des données mesurables, comme le taux de résolution des diagnostics nutritionnels. Copes et Ramsay [38], lors de leur transition vers le DSE, ont décidé d'intégrer, dans leurs centres hospitaliers au Texas, des données sur le pourcentage de diagnostics nutritionnels résolus et sur l'obtention des objectifs dans leur documentation électronique. Des rapports, comportant d'une part, le nombre et la fréquence de diagnostics nutritionnels, le pourcentage des diagnostics résolus avec le temps requis, et d'autre part, la réalisation des objectifs et le temps nécessaire, ont été générés. En utilisant ces données, les établissements ont réussi à fournir une rétroaction aux diététistes et leur démontrer leur impact sur les soins aux patients. Les auteurs ont conclu que, puisque le DSE est un document en constante évolution, des améliorations seront continuellement apportées au dossier nutritionnel afin de générer des données et des rapports documentant l'impact des soins en nutrition.

Afin d'améliorer l'utilisation de la TPSN, Shiner et al. [39] ont mené une étude prospective pour déterminer la prévalence des diagnostics nutritionnels utilisés par les diététistes dans leur hôpital de soins aigus et le taux de résolution des diagnostics. L'étude a inclus 76 patients admis dans une unité de soins intensifs, d'oncologie ou de médecine générale. Ils ont

conclu que sept diagnostics nutritionnels sont identifiés le plus souvent avec des taux de résolution variables, mais dans l'ensemble, 30% des diagnostics ont été résolus pendant l'hospitalisation. Les auteurs ont ajouté qu'en comprenant les diagnostics nutritionnels les plus couramment utilisés et ceux qui sont traités plus efficacement dans le cadre des soins de courte durée, la formation et l'application de la TPSN pourront être améliorées.

Finalement, la communication par les diététistes, soit via le dossier médical du patient, les réunions et discussions avec le personnel soignant, incluant le médecin, l'infirmière et les autres professionnels de la santé, est un moyen d'augmenter leur visibilité et leur reconnaissance. Allaire et Pittz [40] ont observé que, dans leur centre de trauma et d'unité de grands brûlés au Nevada, seulement 50% des recommandations nutritionnelles des diététistes étaient reconnues par les médecins. Afin d'augmenter la reconnaissance et l'application des recommandations nutritionnelles par les médecins, ils ont développé des formulaires d'ordonnance médicale où le diététiste documentait ses recommandations et ses interventions à l'aide des quatre étapes du PSN. Les formulaires permettaient au médecin de lire l'évaluation nutritionnelle, d'encrer « oui » ou « non » à côté de l'intervention recommandée par le diététiste et de signer l'ordonnance. Après six mois d'implantation, 90% des recommandations nutritionnelles des diététistes étaient appliquées par les médecins. Enfin, non seulement Corado et Pascual [35] ont observé une augmentation du niveau de productivité des diététistes dans leur hôpital de soins aigus après seulement trois mois de l'implantation de la TPSN, ils ont aussi observé une augmentation de 15% de la reconnaissance des recommandations des diététistes par le personnel soignant et celle-ci s'est maintenue à plus de 75% en raison de discussions de groupe plus fréquentes avec les médecins ainsi que des notes plus faciles à lire.

e. Diffusion du PSN au Québec, au Canada et à l'international

En 2007, Les diététistes du Canada ont publié l'énoncé Vision 2020 qui définit l'avenir souhaité pour la profession de diététiste [41]:

- Les diététistes sont des leaders en promotion de la santé.
- Les diététistes jouent des rôles diversifiés, valorisants et novateurs.

- Le professionnalisme des diététistes est autodirigé et renouvelé.
- L'enseignement de la diététique est accessible, flexible, inclusif et innovateur.

Le modèle du PSN aide les diététistes à jouer un rôle de leaders dans l'amélioration de la santé nutritionnelle de la population canadienne et les aidera à réaliser le projet de Vision 2020 [22]. En 2011, Les diététistes du Canada ont mené un sondage auprès des diététistes du Canada sur leur niveau d'implantation, de compréhension et de perception du modèle du PSN et de sa terminologie : 79% des diététistes sondés étaient familiers avec le PSN et sa terminologie et 84% utilisaient la terminologie ou pensait l'utiliser dans sa pratique [42]. Selon un communiqué via Les diététistes du Canada, il y a actuellement une étude en cours, non publiée, menée par Jessica Lieffers PhD RD, sous la supervision de Rhona Hanning PhD RD FDC de l'École de santé publique et des systèmes de santé de l'Université de Waterloo, en Ontario. Cette étude recueillera les données canadiennes pour une étude plus vaste menée dans neuf pays, dirigée par Elin Lövestam de l'Université d'Upsala en Suède. Le but de ce projet de recherche est de développer et de valider le questionnaire *International NCP and NCPT Implementation* (INI), destiné à évaluer la mise en œuvre et les attitudes face au PSN et la TPSN. En 2017, ce nouveau questionnaire servira à examiner le degré d'implantation de la TPSN dans neuf pays, dont le Canada.

En Europe, le comité de la pratique professionnelle de l'*European Federation of the Associations of Dietitians* (EFAD) sert ses membres en facilitant la communication et la collaboration entre les professionnels de la diététique des différents pays européens afin d'améliorer la pratique professionnelle avec le développement des meilleures pratiques, incluant le PSN et la TPSN. L'EFAD recommande à toutes les associations diététiques nationales de soutenir l'accès et l'utilisation du modèle du PSN et la TPSN pour les diététistes. La proposition est que dans les sept prochaines années, la majorité des diététistes en Europe utilise une approche standardisée pour l'évaluation, le diagnostic, l'intervention et le suivi nutritionnel et que dans 10 ans, la plupart des diététistes en Europe utilise la terminologie standardisée pour permettre entre autres le développement de bases de données utiles. Pour ce faire, le comité de la pratique professionnelle de l'EFAD a élaboré sa Vision 2020 pour l'implantation du PSN et de sa terminologie chez les diététistes en Europe [43] :

- Les diététistes en Europe utilisent une terminologie standardisée et travaillent selon le modèle du PSN.
- Le modèle du PSN et sa terminologie fassent partie du curriculum de tous les établissements d'enseignement supérieur.
- Les associations diététiques nationales encouragent et facilitent les diététistes à utiliser le PSN et la TPSN dans les divers milieux de pratique.
- Les diététistes en recherche utilisent le langage normalisé afin de permettre une collaboration mondiale.

Les universités et les programmes de stages en diététique au Canada ont intégré le modèle du PSN et la TPSN dans leurs programmes d'études et leurs activités d'apprentissage. À l'Université de Montréal, depuis au moins cinq ans, les étudiants en deuxième année du premier cycle de nutrition reçoivent les notions théoriques sur le PSN et participent à des ateliers pratiques, lors de la semaine préparatoire aux stages et le tout est progressivement inclus dans certains cours.

Par conséquent, il est attendu que les organisations de santé qui accueillent les stagiaires s'assurent que les futurs diététistes mettent en pratique la TPSN. Pour cela, les organisations devront mettre en branle un plan complet (de formation, de mise en application, etc.) pour favoriser l'utilisation du PSN et de la TPSN et ainsi changer progressivement la pratique professionnelle partout au pays. Par contre, changer les façons de faire n'est pas facile et demande un investissement de temps et d'argent. Pour avoir un meilleur succès, il est proposé d'utiliser des stratégies d'implantation portant sur des principes de gestion du changement organisationnel, comme celle de John P. Kotter [44].

IV. Processus de gestion du changement

Selon John P. Kotter [44], des forces macroéconomiques puissantes sont à l'œuvre et les organisations privées et publiques, sont poussées à réduire les coûts, à améliorer la qualité des produits et des services, à rechercher de nouvelles opportunités de croissance et à augmenter leur productivité. Le changement est inévitable. Par contre, plusieurs chefs d'organisations, dans leur effort de changer, vont faire des erreurs. Selon Kotter, les erreurs les plus communes sont : surestimer le nombre de grands changements imposés au sein d'une organisation et sous-estimer le fait qu'il est difficile de conduire les gens hors de leurs zones de confort ; mener le changement seul ; ne pas avoir de vision pour aider à diriger, aligner et inspirer les gens ; ne pas avoir une communication crédible et soutenue ; éviter les obstacles en cours de changement ; oublier la création d'objectifs à court terme ; déclarer la victoire trop tôt et négliger d'ancrer fermement les changements dans la culture de l'organisation. Par conséquent, il risque d'en résulter un ralentissement de nouvelles initiatives, une résistance au changement, une frustration des ressources humaines et parfois même l'extinction du changement lui-même.

Pour faciliter le changement, Kotter propose un processus de gestion du changement en huit étapes :

1. Créer un sentiment d'urgence à agir : le changement exige une grande coopération, d'initiative et de volonté de faire des sacrifices de la part des personnes concernées. Il est essentiel d'établir un sentiment d'urgence pour obtenir la coopération nécessaire. Les gens trouveront mille manières ingénieuses de refuser de coopérer lors du changement s'ils pensent sincèrement qu'il est inutile ou mal intentionné. Les crises visibles peuvent être d'une grande utilité pour attirer l'attention des gens et renforcer les niveaux d'urgence. Même si les transformations commencent plus facilement avec une crise naturelle (exemple : financière), il est judicieux de ne pas attendre que l'une se produise. Mieux encore, il est proposé d'aider les gens à percevoir les opportunités de changement dans leur environnement.
2. Former une coalition : Une coalition forte, bien composée, avec un niveau de confiance élevé et un objectif commun, est toujours nécessaire pour produire le changement ; une

coalition efficace peut traiter plus d'informations, plus rapidement. Elle peut également accélérer la mise en œuvre de nouvelles approches parce que les gens influant, faisant partie de la coalition, sont informés et engagés dans les décisions clés. Quatre caractéristiques semblent essentielles à l'efficacité des coalitions : détenir une position de pouvoir, une vaste expertise, une grande crédibilité et du leadership. Une coalition avec de bons gestionnaires mais des leaders pauvres ne réussira pas. Une approche de gestionnaire sans leadership, élaborera des plans et non une vision : la nécessité et la direction du changement ne seront pas bien communiquées et cette approche essaiera de contrôler plutôt que d'habiliter les gens. Finalement, avec un niveau de confiance élevé, le travail d'équipe se fait plus facilement ainsi que la création d'un objectif commun. Kotter affirme que l'objectif commun doit être rationnel et émotionnel en même temps, c'est-à-dire être fondé sur la raison et relié aux émotions.

3. Développer une vision et une stratégie : La vision est une image sensible et attrayante de l'avenir et la stratégie est la logique qui sous-tend la réalisation de la vision. Les caractéristiques d'une vision efficace sont d'être imaginable ou concevable, qui donne une image du futur ; souhaitable, qui fait appel aux intérêts à long terme des employés ou toutes personnes concernées ; réalisable, qui comprend des objectifs réalistes et atteignables ; ciblée, qui est suffisamment claire pour guider la prise de décision ; flexible, qui est assez générale pour permettre l'initiative individuelle et des modifications lorsque les conditions changent ; communicable, qui peut être expliquée facilement et brièvement. Dans le processus du changement, Kotter renforce la notion qu'avoir une vision inefficace peut être plus dommageable que de ne pas en avoir une du tout. Il conclut que de créer une vision et une stratégie représente un investissement en temps important pour la création d'un avenir meilleur.
4. Communiquer la vision : les principaux éléments d'une communication efficace de la vision sont : avoir un message clair et simple ; utiliser des métaphores ou des analogies car une image vaut mille mots ; utiliser de multiples forums et ce de façon formelle et informelle, afin de communiquer la vision (réunions, mémos, journal interne, etc.); répéter, car les idées ne s'intègrent que lorsqu'elles ont été entendues plusieurs fois ; mener par l'exemple, car le message et les actions du leader incompatibles avec la vision

dépassent toutes autres formes de communication ; expliquer en situation d'incohérences apparentes du message, car si non corrigées, toute crédibilité sera perdue ; donner-et-prendre car la communication bidirectionnelle est toujours plus puissante que la communication unidirectionnelle. Par ailleurs, l'inconvénient de la communication bidirectionnelle est que la rétroaction peut suggérer que la vision doit être reformulée. Mais à long terme, reformuler la vision est beaucoup plus productif que de poursuivre vers une mauvaise avenue ou dans une direction non partagée.

5. Lever les obstacles au changement : les principaux obstacles au changement sont : les structures organisationnelles qui peuvent affaiblir une vision en rendant les gens sans pouvoir et la formation associée au changement insuffisante, laquelle peut être non appropriée ou déployée au mauvais moment. Souvent, les organisations négligent de planifier le développement des nouveaux comportements, compétences et attitudes nécessaires lors de changements majeurs ou elles ne veulent pas défrayer les frais associés au développement, qui peuvent être parfois substantiels.
6. Démontrer des résultats (gains) à court terme : un bon résultat à court terme est visible, non ambigu et clairement relié au changement. Les victoires à court terme permettent de fournir des preuves tangibles que les efforts portent fruit ; d'aider à justifier les coûts à court terme ; de récompenser les agents de changement de leur travail afin de les garder motivés; d'aider à affiner la vision et les stratégies ; de rendre plus difficile la résistance au changement et le cynisme ; de fournir des données concrètes sur la viabilité du changement à la haute direction ; de poursuivre sur le *momentum* en transformant les neutres en partisans, les partisans réticents en aidants actifs, etc. Pour être bien réussis, tous ces efforts nécessitent un bon leadership et une bonne gestion. Fixer des objectifs et les budgétiser, développer les plans pour atteindre ces objectifs, organiser le processus d'implantation et le contrôler afin de le garder sur la bonne voie, c'est l'essence de la bonne gestion selon Kotter.
7. Bâtir sur les premiers résultats pour accélérer le changement : suite aux résultats positifs à court terme, la coalition possède maintenant de la crédibilité afin d'attaquer de nouveaux projets supplémentaires; des ressources humaines sont ajoutées afin d'aider avec tous les changements ; la haute direction continue à maintenir l'effort collectif

global et le sentiment d'urgence ; les employés assurent le leadership pour des projets spécifiques et gèrent ces projets ; pour faciliter le changement à court et à long terme, les gestionnaires identifient les éléments / départements interdépendants de leur organisation qui sont inutiles et les éliminent.

8. Ancrer les nouvelles pratiques dans la culture de l'organisation : la culture est composée de normes de comportement et de valeurs partagées entre un groupe de personnes. Les normes de comportement sont les façons d'agir dans un groupe et les valeurs partagées sont les préoccupations et les objectifs privilégiés par une majorité et qui tendent à façonner le comportement du groupe. La culture de l'organisation est importante car elle peut influencer fortement le comportement humain. En général, les valeurs partagées, qui sont moins apparentes mais plus profondément enracinées dans la culture, sont plus difficiles à changer que les normes de comportement. Les changements dans une organisation peuvent se dégrader, même après des années d'efforts, parce que les nouvelles approches n'ont pas été solidement ancrées dans les normes et les valeurs du groupe.

En résumé, les quatre premières étapes dans le processus de transformation aident à s'éloigner progressivement du statu quo. Les étapes cinq à sept, facilitent l'introduction de plusieurs nouvelles pratiques et la dernière étape aide à changer la culture de l'organisation.

V. Problématique et objectifs de la recherche

a. Problématique

Face à l'évolution et la réorganisation du réseau de la santé, qui vise à mieux gérer les dépenses publiques, tout en assurant la continuité des soins et services, les organisations en faisant partie devront adopter une gestion efficace et efficiente. Par conséquent, les professionnels de la santé, dont les diététistes / nutritionnistes, devront s'assurer que leurs pratiques évoluent dans la même direction. Il sera encore plus important pour la profession de pouvoir démontrer concrètement l'impact de leurs interventions nutritionnelles auprès de la population.

Maintenant, et ce depuis 2002, il existe un processus uniforme et méthodique qui encourage la pensée critique et la résolution de problèmes, dans le but d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins en nutrition et l'impact des interventions nutritionnelles. L'utilisation de ce processus et de sa terminologie, la TPSN, est encouragée par les différentes associations professionnelles à travers le monde. De plus, il est déjà enseigné dans les universités au Québec.

Il a été démontré que l'adoption de la TPSN améliore la productivité des nutritionnistes, la communication et la reconnaissance des interventions nutritionnelles par les autres professionnels de la santé.

Au Québec, le PSN est peu utilisé, les organisations de santé appréhendent que l'implantation sera ardue mais sont motivées à procéder. Le *momentum* est favorable pour proposer un accompagnement des milieux souhaitant implanter le PSN et documenter le processus en s'inspirant des étapes de Kotter qui offre une structure pour réfléchir à la gestion du changement.

b. Objectif général et objectifs spécifiques

L'objectif général de la recherche est d'accompagner deux services de nutrition clinique du réseau de la santé et des services sociaux du Québec, dans la grande région de Montréal, dans le déploiement du Processus de soins en nutrition (PSN).

Les objectifs spécifiques de la recherche sont :

- Accompagner pendant six mois les nutritionnistes de deux services de nutrition clinique dans la résolution de problèmes rencontrés lors du déploiement du PSN.
- Documenter les barrières et les facteurs facilitants explicatifs du stade de déploiement du PSN après six mois de déploiement

VI. Méthodologie

a. Recrutement de milieux

En janvier 2014, à partir d'une liste de noms de la table de concertation des responsables de nutrition clinique au Québec, un courriel a été envoyé, par l'étudiante chercheuse, aux responsables de nutrition clinique, afin d'explorer l'intérêt des milieux à implanter le PSN (voir annexe 1). Dans la lettre, la chercheuse a exposé certains avantages du PSN et la nature du projet de recherche.

Suite à l'envoi, seize responsables de nutrition clinique avaient démontré leur intérêt. Ils ont tous été contactés par téléphone par la chercheuse. Quelques critères de sélection avaient été déterminés afin de faciliter le choix : un centre de soins aigus et de services de courte durée, avec une équipe de 5 à 20 nutritionnistes ayant des connaissances de base sur le PSN et motivés à l'utiliser. Finalement, deux milieux répondaient davantage aux critères et ont été choisis : l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et le CSSS Champlain–Charles-Le Moyne (voir annexe 2 pour la lettre d'acceptation au projet de recherche et voir leurs lettres d'engagement en annexe

3). Un courriel a été envoyé à tous les responsables de nutrition clinique qui avaient démontré un intérêt pour les informer de la décision (voir annexe 4).

b. Portrait des établissements et de ses ressources humaines

i. Milieu 1 : Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (HSCM)

L'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal est un centre suprarégional affilié à l'Université de Montréal [45]. Il a pour mission la prestation de soins de qualité (généraux, spécialisés et ultra spécialisés), l'enseignement et la recherche. Il compte quatre axes stratégiques, soit la traumatologie, la santé cardiovasculaire, la santé respiratoire et la santé mentale, ainsi que deux secteurs de pointe, soit l'orthopédie tertiaire et la chirurgie bariatrique minimalement invasive. Il offre également des services régionaux de médecine hyperbare ainsi qu'un centre de traumatologie tertiaire possédant des mandats provinciaux. Assumant sa mission d'enseignement par son affiliation universitaire et son partenariat avec le réseau collégial, l'HSCM contribue à la formation de médecins et de professionnels de la santé de diverses disciplines afin d'assurer le maintien et la qualité des soins. L'HSCM possède aussi le mandat de contribuer, par la recherche, à l'avancement des connaissances dans les disciplines médicales et paramédicales, dans une perspective d'amélioration constante des soins et des services destinés à assurer la santé et le bien-être des usagers. L'HSCM se veut à l'avant-garde des pratiques cliniques, des nouveaux modèles de formation et des innovations découlant de la recherche. L'HSCM compte 425 lits de courte durée et 89 lits en santé mentale, pour un total de 514 lits.

L'organisation des soins et services repose sur une structure organisationnelle composée de neuf directions : la Direction générale, la Direction générale adjointe, la Direction des services professionnels et hospitaliers, la Direction des ressources financières et des technologies de l'information, la Direction des soins infirmiers et des regroupements clientèles, la Direction de l'enseignement, la Direction de la recherche, la Direction des ressources humaines et la Direction des services techniques et du développement durable (données 2013-2014). L'HSCM compte 518 médecins actifs, associés et conseils, 43 pharmaciens, 4 182

employés, dont 1 426 intervenants en soins infirmiers et cardiorespiratoires, 513 professionnels et techniciens de la santé et des services sociaux, 1 069 personnes dans les secteurs para techniques, auxiliaires et métiers, ainsi que 681 employés de bureau et de gestion. L'équipe de gestion est formée de 122 cadres.

Le service de nutrition clinique de l'HSCM, dont l'organigramme se situe à l'annexe 5, fait partie de la Direction des services professionnels et hospitaliers et compte entre autre une chef de service qui a sous sa charge 9.6 équivalents temps complets (ETC) de nutritionnistes-diététistes répartis dans diverses spécialités médicales, dont la médecine interne, la cardiologie, la chirurgie cardiaque, la neurologie, la néphrologie, les soins intensifs, la médecine générale, la neurochirurgie, la traumatologie, l'orthopédie, la gastroentérologie, l'hématologie, l'oncologie, la gériatrie, la pneumologie, la psychiatrie, le centre de diabétologie, les cliniques externes, etc. Les nutritionnistes reçoivent des demandes de consultations des médecins, des infirmières et des autres professionnels de la santé (physiothérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, etc.).

Procédure de rédaction de note au dossier (avant le début du projet)

Lors de la première intervention nutritionnelle, les notes au dossier sont consignées via un formulaire pré-formaté; les données recueillies et annotées lors de l'évaluation nutritionnelle sont : les renseignements médicaux, les données de laboratoires, les médicaments, les mesures anthropométriques, les symptômes cliniques, les habitudes de vie et les besoins nutritionnels; dans le formulaire, une section est réservée à l'analyse, où les nutritionnistes reprennent les éléments importants de leur évaluation; le plan de soins nutritionnels y est suggéré, soit la voie d'alimentation et la prescription nutritionnelle, suivie par l'enseignement qui est à compléter ou non et le suivi nutritionnel nécessaire. De plus, les nutritionnistes possèdent un autre formulaire pré-formaté pour l'évaluation nutritionnelle en dysphagie où les différentes phases de la déglutition sont évaluées et les recommandations / particularités sont déterminées. D'autres formulaires pré-formatés existent pour le Centre de jour de diabète et pour la Clinique de diabète et de grossesse. Le formulaire de notes au dossier pour la clientèle hospitalisée se retrouve à l'annexe 6.

ii. Milieu 2 : CSSS Champlain-Charles-Le Moyne (CSSS)

Selon le rapport annuel de 2012-2013[46], le CSSS Champlain–Charles-Le Moyne, créé en septembre 2011, regroupe les CLSC Saint-Hubert et Samuel-de-Champlain, les Centres d’hébergement Champlain et Henriette-Céré, le Centre de réadaptation Saint-Lambert et l’Hôpital Charles-Le Moyne. Il est responsable de coordonner les services de santé et services sociaux pour le réseau local de services de Champlain, qui dessert une population de 205 000 personnes. Les services offerts répondent à trois missions :

1 - Mission première ligne : la mission d’un centre local de services communautaires (CLSC) est d’offrir en première ligne des services de santé et des services sociaux courants et des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion à la population du territoire couvert par l’établissement.

2 - Mission hospitalière : la mission du centre hospitalier est d’offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés. Il compte 473 lits d’hospitalisation, dont près de 100 en santé mentale adulte et en pédopsychiatrie.

3 - Mission hébergement et soins de longue durée : la mission des centres d’hébergement et de soins de longue durée est d’offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d’hébergement, d’assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d’autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de leur entourage. L’établissement compte 232 lits dans ses trois centres d’hébergement et de soins de longue durée.

4 - Mission universitaire et de recherche : aux trois missions définies plus haut s’ajoute la mission universitaire et de recherche de par la désignation de centre affilié universitaire de l’Hôpital Charles-Le Moyne avec l’Université de Sherbrooke. L’enseignement est l’un des éléments distinctifs du CSSS. Il compte également un contrat d’affiliation avec l’Université de Montréal ainsi que divers contrats avec 50 maisons d’enseignement de niveaux universitaire, collégial et professionnel.

5 - Mission régionale : la mission régionale avec plus de 36 spécialités offertes à la population de la région le distingue également des autres établissements.

Le CSSS Champlain—Charles-Le Moyne regroupe près de 4700 employés, dont environ 2 077 professionnels en soins infirmiers, 770 professionnels et techniciens de la santé, 500 médecins, dont plus de 250 sont également professeurs et 330 bénévoles.

Le service de nutrition clinique sous le regroupement des programmes-hospitaliers (organigramme en annexe 7), est composé d'une chef de nutrition clinique, qui gère les soins et services des nutritionnistes de l'Hôpital Charles-Le Moyne (quinze nutritionnistes) par spécialités : orthopédie, gériatrie, néphrologie, médecine interne, chirurgie, gastroentérologie, pneumologie, diabétologie, cardiologie, santé mentale et soins critiques. De plus, la chef de service coordonne les services professionnels des nutritionnistes de cancérologie (CICM) (trois nutritionnistes), des nutritionnistes du regroupement des programmes-clientèles première ligne (services courants, SAD, diabète, etc.) (treize nutritionnistes) et du regroupement des programmes clientèles personnes âgées en perte d'autonomie et déficience physique (un nutritionniste).

En première ligne, les nutritionnistes reçoivent des demandes de consultations par les médecins, par les infirmières et par les autres professionnels de la santé (physiothérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, etc.). En deuxième ligne, les nutritionnistes reçoivent aussi des demandes de consultations. Le dépistage nutritionnel, soit l'identification des personnes à risque de souffrir de problèmes nutritionnels, n'est pas fait de façon systématique dans l'organisation. Lors de la première intervention nutritionnelle, les notes au dossier sont consignées via un formulaire pré-formaté selon la clientèle : clientèle ambulatoire, clientèle hospitalisée, oncologie et pédiatrie (hospitalisée et externe). Généralement, les principales données recueillies et annotées lors de l'évaluation nutritionnelle sont : l'histoire médicale, la médication, les résultats d'examen/d'analyse, l'histoire sociale, l'histoire nutritionnelle, l'anthropométrie et l'estimation des apports et des besoins. Par la suite, il y a une section désignée analyse et autres observations, suivie par les conclusions cliniques, le plan de traitement nutritionnel et la surveillance. Les notes de suivis se font sur un formulaire vierge. Le formulaire de notes au dossier pour la clientèle hospitalisée se retrouve en annexe 8.

c. Accompagnement et collecte des données

L'accompagnement et la collecte de données de nature qualitative proposés a été de :

1. Suggérer le modèle de processus de changement en huit étapes de John P. Kotter aux chefs de nutrition clinique pour les exposer aux étapes de gestion du changement proposées.
2. Recueillir toutes les informations pertinentes sur le service de nutrition clinique de chaque milieu permettant de décrire le personnel et les méthodes de travail utilisées (formulaire de notes au dossier, dossiers annexes, etc.) et tous les documents permettant de décrire la procédure de la note aux dossiers pré-implantation du PSN.
3. Présenter le projet aux équipes de nutritionnistes cliniciennes :
 - a. Révision du PSN et de la TPSN ;
 - b. Identification des barrières et des facilitateurs au déploiement ;
 - c. Détermination des échéanciers.
4. Amorcer le déploiement du PSN dans les deux milieux.
5. Prévoir des rencontres d'accompagnement des chefs de service et des nutritionnistes cliniciennes selon les besoins de chaque milieu et à leurs demandes.
6. Après six mois d'implantation, faire un bilan de l'implantation et un retour sur les étapes du processus de gestion du changement de Kotter avec les chefs de service (voir la grille de discussion développée par l'étudiante chercheuse inspirée des huit étapes de Kotter en annexe 9). Faire un bilan de l'implantation avec chacune des équipes de nutritionnistes cliniciennes.
7. Partager les constats par écrit avec chacun des chefs de nutrition clinique afin de valider l'interprétation du processus de changement entrepris.

d. Analyse des données qualitatives

Pour chacune des organisations, un journal de bord a été rédigé par l'étudiante chercheuse, des notes ont été prises à chaque séance d'accompagnement pour y inscrire les commentaires reçus, problèmes discutés, etc. Le contenu de ce journal a été discuté avec la directrice de recherche. Le constat fait à l'égard de la gestion du changement a été communiqué à chaque chef de nutrition pour valider l'analyse faite de l'organisation.

Seulement les rencontres de bilan avec les chefs de service et avec les nutritionnistes cliniciennes ont été enregistrées comme support pour faciliter l'analyse. Les enregistrements n'ont pas été transcrits par verbatim, ainsi aucun logiciel n'a été utilisé pour organiser les données qualitatives. Les informations obtenues ne serviront qu'à la recherche, après quoi elles seront conservées au bureau du chercheur principal et l'enregistrement sera détruit après le dépôt de la recherche.

e. Éthique

Une approbation éthique a été demandée au Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) de l'Université de Montréal en mai 2014. Les documents pour appuyer la demande ont été déposés : formulaire de dépôt du dossier, protocole de recherche et lettre d'appui de Marie Marquis, professeure titulaire et directrice de la recherche et de Louise St-Denis, professeure de formation pratique adjointe et responsable du 1^{er} cycle du Département de nutrition de l'Université de Montréal. Par la suite, le 30 mai 2014, le CERES a envoyé sa décision, soit que le CERES n'étudiera pas le dossier de recherche puisque le projet se réalisera au sein d'un centre affilié à l'Université de Montréal, nommément l'Hôpital du Sacré-Cœur, et que le CERES reconnaitra l'approbation éthique qui sera émise par le comité d'éthique de la recherche de cet établissement. Voir lettre de la décision du CERES en annexe 10. Par conséquent, une demande au comité d'éthique de la recherche de chaque établissement a été réalisée.

À l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (HSCM), la demande d'approbation éthique a été déposée au comité d'éthique de la recherche (CÉR) le 15 août 2014. Le 12 septembre, le

CÉR a demandé d'apporter des correctifs aux formulaires de consentement (lettre en annexe 11). Par la suite, les formulaires corrigés ont été envoyés au CÉR (formulaire de consentement pour la chef de service et pour les nutritionnistes cliniciennes en annexe 12). La demande d'approbation a été approuvée par le CÉR de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal le 29 septembre 2014. Voir lettre d'approbation du CÉR de l'HSCM en annexe 13.

Par la suite, le formulaire de consentement expliquant les objectifs de l'étude et assurant la confidentialité des données obtenues a été distribué aux participants, afin de permettre un consentement éclairé. En tout temps, la nutritionniste clinicienne pouvait cesser de participer à la recherche, sans avoir à donner de justification. Suite à une rencontre avec les nutritionnistes le 17 novembre 2014, quelques-unes d'entre elles, avaient des questions sur le contenu du premier paragraphe du formulaire de consentement. Alors, des précisions ont été apportées afin que les nutritionnistes soient bien éclairées sur le projet de recherche. Voir les détails des précisions en annexe 14. Tous les formulaires distribués ont été signés : la chef de service et neuf nutritionnistes cliniciennes. Il y a eu quelques rencontres préparatoires qui étaient des séances de formation et de préparation au projet. Le consentement éthique concernait l'implantation et non la préparation à l'implantation.

Au CSSS Champlain–Charles-Le Moyne, la demande d'approbation éthique a été déposée au comité d'éthique de la recherche (CÉR) le 18 juillet 2014 (voir annexe 15). Le comité scientifique du CÉR a approuvé le projet de recherche le 12 août 2014 (voir annexe 16). Le projet de recherche a été présenté au CÉR par l'étudiante chercheuse et la chef de service, le 19 août 2014. Lors de la plénière, les membres du CÉR avaient eu quelques appréhensions face au projet de recherche : le CÉR ne pouvait pas accepter notre demande en raison de la nature du projet. Suite aux commentaires du CÉR, les politiques et procédures encadrant l'éthique de la recherche à l'Université de Montréal ont été consultées et des échanges entre la directrice de recherche, l'étudiante et la chef de service ont eu lieu. Il a été entendu que le projet sera modifié et se présentera comme une étude évaluative d'un processus d'implantation, accompagnant les nutritionnistes en poste et la chef de service coordonnant l'implantation du changement de pratique transversalement au sein de l'établissement. Donc, le projet s'inscrivait directement dans le cadre d'études consacrées à l'amélioration de la qualité, plus précisément à

l'amélioration de la qualité des services nutritionnels. Traité ainsi, le projet ne répondait plus à la définition d'une recherche nécessitant une approbation éthique. Voir annexe 17 pour la lettre demande de retrait au CÉR. Le CÉR a rendu sa décision finale le 19 septembre 2014 en acceptant la demande d'exemption d'approbation éthique (voir annexe 18).

f. Financement

Aucun financement n'a été prévu pour ce projet de recherche. Il n'y a pas eu de rétribution faite aux nutritionnistes cliniciennes en échange de leur participation.

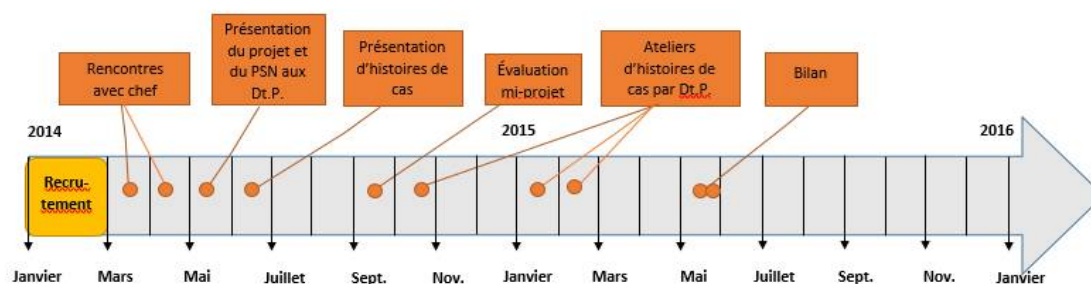
VII. Résultats

a. Milieu 1 : Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (HSCM)

i. Chronologie des événements

La figure 2 présente la chronologie des événements associés au déploiement du projet à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal ayant débuté à l'hiver 2014.

Figure 2 : Chronologie des principaux événements du projet à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal



La première rencontre avec la chef de service de nutrition clinique a eu lieu le 6 mars 2014. À ce moment, la chercheuse a présenté le projet de recherche, c'est-à-dire les objectifs,

l'accompagnement proposé et le modèle recommandé de gestion de changement de John P. Kotter pour faciliter l'implantation du PSN dans le service. La chef de service a dressé un portrait de son équipe et des services dispensés par les nutritionnistes. L'implantation du processus des soins en nutrition faisait partie de ses objectifs de service pour l'année 2014-2015. Un échéancier provisoire a été développé et la chef de service a réaffirmé son engagement face à ce projet.

Une deuxième rencontre a eu lieu avec la chef de service le 15 avril 2014. À ce moment, les formulaires utilisés par les nutritionnistes ont été présentés et remis à la chercheuse, avec quelques exemples de notes au dossier anonymes. Certaines contraintes potentielles ont été adressées : d'une part, depuis quelques temps, les nutritionnistes éprouvaient une surcharge de travail, ayant entraîné le besoin de prioriser les interventions nutritionnelles et de diminuer le nombre de stagiaires accueillis et d'autre part, il y a différents projets en cours par la chef de service (arrimage des textures des aliments avec la classification de l'OPDQ, informatisation des valeurs nutritives, etc.). Avec la venue de l'informatisation du dossier médical incluant les notes au dossier des nutritionnistes, la chef de service voyait une opportunité pour revoir les formulaires mais surtout pour uniformiser les notes au dossier médical consignées par les nutritionnistes, plus particulièrement la section analyse. Alors, il a été entendu que l'application de la deuxième étape du PSN, soit l'application de la terminologie du diagnostic nutritionnel sous forme de PES (Problème/Étiologie/Signes et symptômes) serait priorisée.

La première rencontre avec les nutritionnistes a eu lieu le 13 mai 2014 où huit nutritionnistes cliniciennes et la chef de service étaient présentes. Le but principal de la rencontre était de présenter le projet de recherche et de réviser les notions théoriques du PSN et de sa terminologie (TPSN)¹. Étant déjà un peu familières avec les concepts de base du PSN, les nutritionnistes ont présenté quelques inquiétudes face à son implantation : la terminologie n'est pas adaptée pour la clientèle des soins intensifs ou lorsqu'il n'y a pas de problème nutritionnel; le projet requiert un investissement de temps; le PSN alourdira le travail quotidien; il n'y a pas d'ajout de ressources financières; les objectifs nutritionnels sont plus ou moins applicables; le formulaire de note au dossier n'est pas adapté au PSN.

¹ La présentation (PowerPoint) peut être consultée sur demande.

La chef de service a réitéré que le projet de recherche constituait une belle opportunité de pouvoir implanter le PSN dans leur milieu avec une aide extérieure, que des ressources (temps et argent) seraient dégagées et que le formulaire et des outils de travail seraient à développer. La proposition par la chercheuse d'avoir une nutritionniste « championne », c'est-à-dire une nutritionniste du service à l'aise avec le PSN et la TPSN pouvant guider et aider les autres à l'appliquer, ne fut pas retenue par la chef de service et par les nutritionnistes cliniciennes, car trop exigeant dans le contexte du travail.

Le 26 mai 2014, une rencontre avec la chef de service a eu lieu afin de faire suite à la rencontre précédente avec les nutritionnistes. Il a été entendu que la contrainte de temps sera un obstacle majeur au projet. Suite à une demande des nutritionnistes, la chercheuse a remis à la chef de service un article sur l'application du PSN aux soins intensifs puisque ce secteur d'activité était un enjeu identifié. Finalement, la prochaine rencontre sous forme d'atelier a été planifiée : histoires de cas mettant l'accent sur les deuxième et troisième étapes du PSN : décrire le ou les diagnostics nutritionnels sous forme de PES (problème/étiologie/signes et symptômes) et déterminer la ou les interventions nutritionnelles appropriées. Les heures des nutritionnistes pour les ateliers furent prévues au budget conventionné de formation sectorielle.

Le 5 juin 2014 a eu lieu l'atelier : la première heure a été consacrée à des histoires de cas de patients hospitalisés et la deuxième heure fut consacrée à la présentation des histoires de cas de patients ambulatoires. Les histoires de cas présentées par la chercheuse² provenaient de patients réels ou bien d'exemples tirés de la littérature. La chef de service a été présente pour toute la durée de l'atelier, six nutritionnistes étaient présentes à la première heure et deux à la deuxième. Quelques préoccupations/questionnements ont été adressés par les nutritionnistes lors de la première heure : Est-ce qu'il faut toujours utiliser la terminologie pour écrire les problématiques ? S'il n'y a pas de problème, comment répondre à la demande de consultation ? Dans l'analyse, faut-il écrire seulement les énoncés PES ou bien peut-on ajouter d'autres informations pertinentes ? La TPSN n'est pas toujours adaptée. Le PSN/TPSN est plus applicable avec une clientèle ambulatoire. Les objectifs nutritionnels sont aussi plus applicables avec une clientèle ambulatoire.

² Les histoires de cas peuvent être consultées sur demande.

Selon la chef de service, les nutritionnistes étaient plus ou moins réceptives mais quand même motivées à essayer d'écrire leurs notes au dossier en utilisant le TPSN pour le diagnostic nutritionnel. Durant la période estivale, la chef de service leur avait demandé de consacrer chacune environ une heure par semaine afin de s'exercer avec le processus puisqu'il n'y avait pas de club de lecture pendant l'été.

Les rencontres ont repris en automne. Le 14 septembre 2014, il y a eu une rencontre avec la chef de service : les nutritionnistes ont très peu exercé et utilisé la TPSN durant l'été, elle confirme beaucoup de réticence des nutritionnistes car elles n'ont pas de temps à investir et ne voient pas l'importance / pertinence de l'appliquer. La chef de service me reconfirme que l'implantation du PSN fait toujours partie de ses objectifs de service et en plus, elle l'a ajoutée aux objectifs personnels de ses nutritionnistes lors des évaluations individuelles. Elle réitère le besoin de développer des outils, comme des exemples de PES, afin de faciliter son application et de revoir le formulaire de la note au dossier. De plus, il a été décidé de refaire des ateliers par spécialité d'une durée d'une heure où une nutritionniste présentera une histoire de cas (patient réel) en utilisant la TPSN pour décrire le ou les diagnostics nutritionnels. La chercheuse est invitée à assister aux ateliers afin de donner une rétroaction aux nutritionnistes.

En septembre 2014, la chef de service a demandé à une stagiaire en nutrition de l'Université de Montréal de réaliser un sondage interne auprès des nutritionnistes et de développer un tableau d'exemples de PES les plus pertinents selon les spécialités. Une rencontre a suivi le 6 octobre 2014 entre la chercheuse, la chef de service et la stagiaire. Les résultats du sondage ont été discutés. Huit nutritionnistes sur onze ont répondu. Les points importants soulevés étaient : les nutritionnistes possèdent très peu ou assez de connaissances sur les énoncés PES, elles utilisent en moyenne $\leq 50\%$ les énoncés PES dans leurs notes au dossier par jour, le principal bénéfice est la standardisation / concision des notes, la principale inquiétude était le fait que les notes ne répondaient pas aux besoins des médecins (exclusion des certains problèmes médicaux résultant des notes incomplètes sur l'état du patient) et finalement, l'outil le plus pertinent à l'application du PES suggéré serait des présentations de cas accompagnées de discussions de groupe. La stagiaire a été mandatée par la chef de service de retravailler le formulaire pré-formaté afin qu'il soit plus conforme avec le PSN. Un échéancier des prochains ateliers a été déterminé.

Le premier atelier fut le 27 octobre 2014 où deux histoires de cas de patients ambulatoires ont été présentées par deux nutritionnistes : maladie psychiatrique et diabète gestationnel. Présentes à la rencontre étaient la chef de service, la chercheuse et cinq nutritionnistes cliniciennes. Des changements au formulaire ont été discutés afin de pouvoir mieux intégrer le PSN. La chercheuse a émis quelques suggestions, éléments possibles pouvant faire partie du nouveau formulaire.

Vers la fin du mois d'octobre 2014, certaines préoccupations furent exprimées à la chercheuse par l'équipe des nutritionnistes de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal : principalement, elles ressentaient de la pression à mettre en application le PSN/TPSN par la chef de service. Suite à une discussion avec la directrice du projet, l'étudiante chercheuse a envoyé une lettre à la chef de service le 4 novembre 2014 (annexe 19). Cette lettre l'informait à nouveau de la nature du projet de recherche, des avantages d'avoir une personne de l'extérieur compétente sur ce sujet accompagnant le service, que ce projet ne devrait pas être utilisé par celle-ci, ni être perçu par les nutritionnistes cliniciennes, comme un moyen de pression, que toutes les participantes devaient se sentir à l'aise dans cette démarche, sinon le projet comme tel ne pourrait pas être réalisé. Une rencontre avec la chef de service et les nutritionnistes fut proposée par la chercheuse, afin de clarifier l'essence du projet et de répondre à leurs préoccupations.

La rencontre a eu lieu le 17 novembre 2014. En premier, la chef de service a dressé les objectifs du service de nutrition clinique : initier et implanter le PSN tout en développant les compétences à écrire les notes au dossier avec la terminologie (TPSN). Pour aider à la réalisation de ces objectifs, en plus de participer au projet de recherche, un budget conventionné avait été dégagé permettant ainsi au service de nutrition clinique de mieux s'outiller. De plus, la chef de service a réitéré que l'adoption du PSN/TPSN ne constitue pas un critère d'évaluation de la nutritionniste mais plutôt un objectif professionnel (personnel).

Par la suite, les objectifs du projet ont été présentés par la chercheuse : le projet de recherche constitue une étude sur l'implantation du PSN où les facteurs facilitants et les obstacles à son implantation sont identifiés et analysés. De plus, le fait d'avoir une personne de l'extérieur accompagnant le service, devrait être vue comme une opportunité, facilitant ainsi l'implantation du PSN dans le service. Finalement, toutes les participantes doivent se sentir à

l'aise dans cette démarche afin de pouvoir exprimer leurs commentaires et leurs sentiments, de nature positive ou négative afin de permettre l'aboutissement du projet. Voici quelques préoccupations soulevées par les nutritionnistes : le projet de recherche ne devrait pas être utilisé par la chef de service pour évaluer les nutritionnistes ; il manque de temps afin de pouvoir mettre en application la TPSN ; elles nécessitent plus de coaching ; elles ne voient pas l'urgence d'adopter le PSN/TPSN car ce n'est pas une exigence de l'OPDQ ni des Universités.

Même avec les difficultés soulevées, l'équipe des nutritionnistes, unanimement, souhaite que le projet continue tel que prévu avec les ateliers et qu'au printemps 2015, un bilan de l'implantation du PSN/TPSN par les nutritionnistes du service soit fait et que les objectifs du service soient réévalués suite aux conclusions.

Le second atelier a eu lieu le 27 janvier 2015 où six nutritionnistes cliniciennes étaient présentes en plus de la chef de service et de la chercheuse. Quatre histoires de cas ont été présentées par deux nutritionnistes : deux cas de nutrition parentérale et deux cas de soins intensifs/nutrition entérale. Voici quelques difficultés rapportées par les nutritionnistes : il est plus difficile de consigner des notes sous forme de PES lorsqu'il y a plusieurs problèmes de cas complexes ; comment s'assurer que les informations soient complètes sans nécessairement se répéter ? Faut-il toujours écrire des énoncés PES lorsque l'analyse nutritionnelle est bien décrite et complète ? Faut-il toujours écrire des énoncés PES lorsque l'évaluation initiale ne rapporte pas de problèmes nutritionnels ? La consignation des notes sous forme de PES requiert beaucoup de temps. À l'occasion, les énoncés PES sont formulés avec de longues phrases complètes tandis que l'écriture sous forme de points est beaucoup plus claire. Le terme « dysphagie » est mieux reconnu par l'équipe médicale que le terme de la TPSN « difficulté de déglutition ».

À la fin de la rencontre, il a été entendu que la chercheuse reformule les diagnostics nutritionnels d'une histoire de cas de la nutrition parentérale sous forme d'énoncés PES. Par la suite, le cas reformulé a été transmis aux nutritionnistes via la chef de service³.

Le troisième atelier fut le 24 février 2015 où huit nutritionnistes cliniciennes, la chef de service et la chercheuse étaient présentes. Une nutritionniste a présenté une histoire de cas d'une

³ L'histoire de cas de la nutrition parentérale peut être consultée sur demande.

patiente souffrant de dysphagie. Encore une fois, il a été entendu que la chercheuse reformule les diagnostics nutritionnels de ce cas sous forme d'énoncés PES. Le cas a été transmis de nouveau aux nutritionnistes via la chef de service⁴. Une autre nutritionniste a présenté un cas d'oncologie.

Le dernier atelier a eu lieu le 24 mars 2015 où sept nutritionnistes, la chef de service et la chercheuse fut présentes. Un cas de neurologie et un cas des soins intensifs ont été présentés. Chaque cas présenté a suscité des échanges intéressants entre les nutritionnistes.

Finalement, des exemples de cas en néphrologie ont été demandés à la chercheuse par une nutritionniste afin de l'aider à appliquer les notions du PSN et la terminologie. Les exemples lui ont été envoyés par courriel ainsi qu'à la chef de service afin qu'elle les partage à toute son équipe⁵.

ii. Bilan avec l'équipe des nutritionnistes

Le 12 mai 2015, il y a eu une rencontre avec l'équipe des nutritionnistes, sans la présence de la chef de service de nutrition clinique, tel que convenu. Le but de la rencontre était de dresser un bilan du projet sur l'implantation du processus de soins en nutrition (PSN) à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Plus précisément, les objectifs étaient : 1 - Faire le bilan sur l'utilisation ; 2 - Identifier les barrières et les problèmes encourus lors de l'implantation ; 3 - Identifier les facteurs ayant facilité l'utilisation du PSN ; 4 - Préciser les éléments qui restent à développer afin de continuer l'implantation du PSN dans le service. Le 28 avril 2014, une lettre avait été envoyée par courriel aux nutritionnistes afin de les informer de cette rencontre (lettre en annexe 20). Au total, huit nutritionnistes sur neuf ayant signé le formulaire de consentement, ont participé à la rencontre. La rencontre fut enregistrée et le tout s'est déroulé dans une atmosphère professionnelle. Voici la synthèse de la rencontre accompagnée d'extraits :

⁴ L'histoire de cas de la dysphagie peut être consultée sur demande.

⁵ L'histoire de cas de néphrologie peut être consultée sur demande.

Utilisation du Processus de soins en nutrition (PSN) et de la terminologie (TPSN)

La majorité des nutritionnistes l'applique au moins partiellement. Voici quelques commentaires :

- « Moi je dirais que je l'utilise... j'essaie de l'utiliser à 80% du temps chez les nouveaux patients mais quand je suis pressée, ... je retombe dans... écrire comme je suis habituée d'écrire. Pour les suivis, je ne sais pas pourquoi, je trouve ça plus difficile des fois et là je le fais moins, mais j'essaye. »
- « Moi je l'utilise en partie... je dirai moins pour les suivis... »
- « Ça m'arrive de l'utiliser mais ce n'est pas systématique... plus pour les nouvelles consultations mais pas du tout pour les suivis. »
- « Moi je l'utilise... je suis en externe... je peux l'utiliser jusqu'à 60% du temps avec les patients ; à l'interne, je n'ai pas encore commencé à l'utiliser, j'en fais pas souvent non plus... mais la 1^{ière} fois c'est souvent plus facile de l'utiliser qu'au suivi. »
- « J'essaie de le faire surtout pour les nouveaux mais pas systématique parce que des fois je peux avoir 3-4 consultations à faire... puis je ne le fais pas... Quand c'est de la malnutrition, c'est clair je vais le faire parce qu'on dirait que c'est plus facile mais un cas plus compliqué, je ne le fais pas parce que je ne trouve pas les bons termes et c'est trop long. Puis les suivis, je ne le fais pas. »
- « Moi c'est zéro, zéro. Je ne fais pas du tout, ni pour les nouveaux, ni pour les suivis. »
- « ... j'ai tenté au début de l'utiliser un peu plus souvent mais ce n'est pas toujours facile quand des cas complexes... j'avoue que je me perds, mais des cas simples, je vais essayer mais j'apprécie les termes qui sont dans le livre, je pense que c'est plus clair mais je ne l'utilise pas assez souvent. »

Barrières et problèmes encourus

Voici les trois principaux problèmes encourus :

La TPSN (terminologie du diagnostic nutritionnel surtout) n'est pas assez spécifique, elle est plus ou moins pertinente/adaptée, entre autres lors de problèmes complexes, et un peu trop simpliste. Ainsi voici des commentaires :

- « ...fonction gastro-intestinale altérée... je trouve que ça dit des choses mais ça ne dit rien non plus... »
- « ... trouve dommage qu'on ne peut pas reprendre les termes médicaux... tels qu'ils sont acceptés... je me questionne sur le but d'avoir une terminologie différente... est-ce que ça apporte vraiment quelque chose de plus... car le but de faire une note c'est qu'ils nous lisent et est-ce qu'on sera plus lu... je ne sais pas. »
- « ... avoir plus de diagnostics plus pointus dans mon domaine, je l'utiliserais plus. »
- « ...je ne suis pas convaincue non plus...je trouve redondant d'écrire toujours de la même manière... je trouve ridicule que toutes les diététistes... qu'on écrive toute de la même manière... on est toute individuelle. »

Lors de cas plus complexes, l'écriture de la note sous forme de PES est perçue comme beaucoup plus longue. Par ailleurs, le PSN est jugé moins applicable lorsqu'il n'y a pas de problème nutritionnel identifié.

- « Moi je le fais peut-être pour les nouveaux cas quand c'est surtout pour les cas de malnutrition, mais quand ça devient autre chose comme des cas plus complexes, je ne le fais pas. »
- « ... analyse primaire... mais je ne peux pas faire un diagnostic officiel... je n'ai pas assez de preuves. »
- « Ça s'applique plus ou moins pour mes patients aux soins intensifs... des fois j'ai des jeunes donc je n'ai pas nécessairement toujours de problèmes à l'admission... »

À l'égard de leur rôle, les nutritionnistes craignent de perdre leur autonomie professionnelle, d'être moins visibles, de perdre leur place et que leurs notes au dossier ne

soient pas lues. Elles craignent une augmentation de la charge de travail et souhaitent des ressources, des outils et de l'accompagnement (coaching). Finalement, le projet, par conséquent, le changement de pratique est perçu comme ayant été imposé sans vision commune partagée.

Facteurs ayant facilité l'utilisation du PSN et de sa terminologie (TPSN)

Parmi les facteurs ayant facilité l'utilisation du PSN et de la TPSN, les ateliers (présentations d'histoires de cas) accompagnés de discussions de groupe furent soulevés – quoique ceux-ci furent insuffisants. Le manuel de TIDN distribué à chacune fut un outil apprécié, ainsi que le formulaire de notes au dossier pré-formaté lequel est assez bien adapté afin d'inclure le PSN. Les nutritionnistes ont observé et exprimé que le PSN et sa terminologie sont plus adaptés à une clientèle ambulatoire qu'à une clientèle hospitalisée.

Éléments à développer pour soutenir l'implantation du PSN

Parmi les principaux éléments soulevés pour soutenir son implantation, les nutritionnistes ont insisté sur la nécessité de discuter du besoin et de la pertinence du changement de pratique. Des attentes furent aussi exprimées pour réviser les formulaires de note au dossier des cliniques externes. Finalement, à nouveau le besoin de plus de ressources, de soutien et de support fut réitéré.

iii. Bilan avec le chef de service de nutrition clinique

Suite à la rencontre avec les nutritionnistes cliniciennes, il y a eu une rencontre avec la chef de service de nutrition clinique le 20 mai 2015, afin de faire le bilan du projet sur l'implantation du PSN dans son service à l'HSCM. Premièrement, la chercheuse a fait un résumé de la rencontre avec les nutritionnistes et un rapport écrit lui a été remis ; les nutritionnistes avaient été informées par la chercheuse qu'un rapport de la rencontre serait rédigé et partagé avec la chef de service et ce fut convenu par celles-ci. Le rapport se trouve à l'annexe 21. Par la

suite, la discussion s'est déroulée en suivant la grille de discussion sur les huit étapes de Kotter (annexe 9), qui lui avait été remise quelques jours avant. La rencontre a été enregistrée pour faciliter l'analyse. Voici la synthèse de la rencontre selon les huit étapes de Kotter :

Créer un sentiment d'urgence à agir - L'élément déclencheur qui a mené l'organisation à vouloir implanter le PSN était la participation à la formation organisée par *Nutrium* en octobre 2013, sur le PSN et la TIDN, où la chef de service et trois nutritionnistes de l'HSCM étaient présentes. Par la suite, un résumé de la formation avait été présenté lors d'un Journal club en décembre 2013. La chef de service rapporte qu'elle et son équipe étaient convaincues que le modèle du PSN et l'utilisation de sa terminologie était un outil à maîtriser par l'équipe des nutritionnistes, afin de mieux superviser les stagiaires de l'Université de Montréal, lesquelles sont formées à la nouvelle méthode, de développer leurs compétences (pensée critique, synthèse, résolution de problème) et d'avoir une constance dans la rédaction des notes au dossier. De plus, cette approche était alors perçue comme un moyen pour supporter la qualité et l'efficacité du travail des nutritionnistes, augmenter leur visibilité face aux autres intervenants de soins et standardiser la terminologie utilisée.

Par la suite, l'opportunité s'est présentée de s'intégrer à un projet sur l'implantation du PSN et de bénéficier de l'expérience professionnelle de la chercheuse. Étant un hôpital universitaire, ils avaient la responsabilité d'être innovateur et de relever ce défi.

Par contre, la chef de service a constaté qu'elle n'avait pas démontré que le statu quo n'était plus acceptable, que les difficultés initialement rencontrées avaient été sous estimées, que tous les risques n'avaient pas été correctement anticipés avant de débiter le projet (dont la charge de travail). De plus, la résistance au changement n'avait pas été prise en compte.

« ...on peut aspirer ou avoir des objectifs pour le service... on l'a essayé... on l'a piloté... mais en parcours, on a réalisé qu'il y a des limites à ce qu'on peut appliquer ou pas avec les ressources qu'on a... c'est facile de dire qu'on a cet objectif, ce défi et qu'on va le relever, mais je réalise que ce n'est peut-être pas applicable dans tous les secteurs. » « ...j'ai réalisé qu'à travers cette expérience... il y en a qui sont très à l'aise avec leur façon de travailler et peu importe ce que le projet aurait été, ils sont tellement ancrés dans leur pratique de travail que l'amélioration continue n'est pas toujours recherchée par tous dans leur travail. »

Former une coalition - Aucune coalition formelle n'avait été créée, mais les nutritionnistes travaillant aux cliniques externes étaient plus ouvertes et proactives afin d'améliorer leur façon de travailler.

Développer une vision et une stratégie - La vision était claire pour la chef de service et cette vision était présentée sous forme d'objectif de service. Par ailleurs, selon la chef de service, cette vision n'a pas été inspirante, rassurante ni motivante mais plutôt un obstacle.

« ... difficile à accepter quelconque objectif de service... pas habitué à avoir un objectif de service... il n'y en a pas eu pour plusieurs années. » « ... résistance à avoir un objectif de service. » « ... elles ne voyaient pas l'intégration de ce projet dans l'atteinte de l'objectif de service. »

Communiquer la vision - Il y a eu plusieurs moyens de communication : rencontres, courriels, ateliers, qui ont été aidants mais malgré tout insuffisants.

Lever les obstacles au changement - Parmi les principales actions rapportées pour lever les obstacles aux changements, la chef de service insiste sur les formations sous forme d'ateliers qui ont été réalisées suite à la demande des nutritionnistes. Des heures de participation aux ateliers furent budgétées hors du service et au besoin une ressource de plus avait été ajoutée par semaine afin de les motiver. De plus, le guide de la TIDN fourni à chaque nutritionniste fut parmi les actions rapportées. À l'automne 2014, lorsque plusieurs nutritionnistes exprimaient une pression à mettre en application le PSN et la TIDN de la part de la chef de service et que le tout mettait en danger la continuité du projet, celle-ci fut ouverte à rencontrer son équipe de nutritionnistes en présence de la chercheuse afin de clarifier l'essence du projet et de répondre à leurs préoccupations.

Démontrer des résultats (gains) à court terme - Mis à part le sondage mené par la stagiaire auprès des nutritionnistes sur l'utilisation de la TPSN, aucun résultat visible n'a été démontré clairement ; un audit serait un projet intéressant à réaliser.

Bâtir sur les premiers résultats pour accélérer le changement - En raison d'une forte résistance et aucun résultat démontré clairement, il n'y a pas eu d'activités reliées à cette étape.

Ancrer les nouvelles pratiques dans la culture de l'organisation - La chef de service planifie de rencontrer son équipe de façon plus formelle avec plus de documentations et de références

rigoureuses sous forme de support visuel, afin de revoir le cheminement du projet et de dresser un bilan avec son équipe.

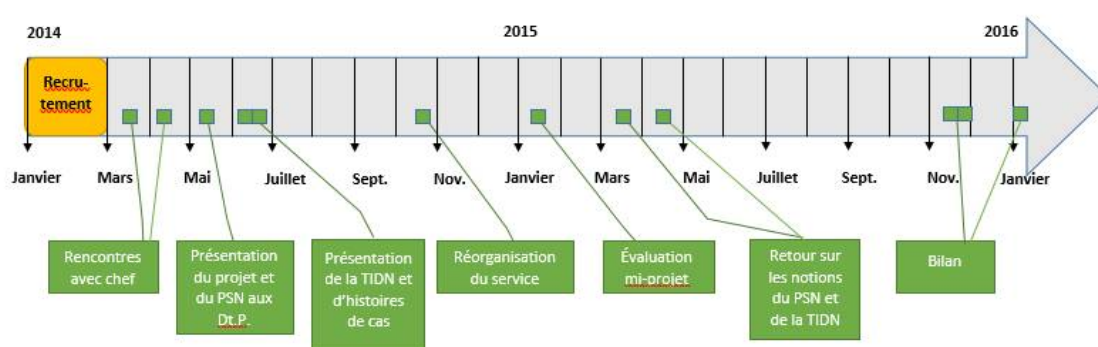
De plus, en 2015, une nouvelle organisation a été créée : le CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal. Maintenant, la chef de service de nutrition clinique va gérer plusieurs nutritionnistes de différentes installations, incluant les nutritionnistes ayant participé au projet. Si plusieurs nutritionnistes des autres établissements utilisent déjà le PSN et la TPSN, le projet se poursuivra et celles-ci pourraient être mises à profit afin de mobiliser les autres à l'utiliser.

b. Milieu 2 : CSSS Champlain–Charles-Le Moyne (CSSS)

i. Chronologie des événements

La figure 3 présente la chronologie des événements associés au déploiement du projet au CSSS Champlain–Charles-Le Moyne ayant débuté à l'hiver 2014.

Figure 3 : Chronologie des principaux événements du projet au CSSS Champlain–Charles-Le Moyne



Avant le début du projet, le CSSS avait déjà entrepris des démarches afin d'implanter le PSN dans le service de nutrition clinique. En juin 2013, la chef de service avait fait une présentation sur le PSN et la TIDN à son équipe afin de les convaincre que son implantation faisait partie du souci du service à améliorer la performance : l'efficacité, l'efficience, la qualité et la crédibilité. Afin de pouvoir l'instaurer, le(s) formulaire(s) au dossier devrai(en)t modifié(s) via un comité de pairs. À ce moment, l'article des Diététistes du Canada intitulé : « Perspectives canadiennes sur le processus de soins en nutrition et la terminologie internationale de diététique et de nutrition » publié en juin 2012 avait été distribué à toutes les nutritionnistes.

Le comité de pairs en nutrition clinique 1^{ère} ligne et 2^{ième} ligne fut créé avec l'objectif de soutenir les nutritionnistes dans l'intégration optimale de la TIDN pour le PSN, en harmonisant les différents formulaires d'évaluation et de suivi utilisés en nutrition clinique dans le CSSS afin de pouvoir intégrer le PSN et la TIDN et en élaborant des outils cliniques pour assister les nutritionnistes dans son intégration. Le comité de pairs était formé de la chef de service, d'une représentante du comité exécutif du Conseil multidisciplinaire (CECM) et de six nutritionnistes

cliniciennes de 1^{ière} et 2^{ième} ligne. Leur première rencontre s'est tenue en novembre 2013 et cinq autres rencontres de 90 minutes étaient prévues pour l'année 2014.

En septembre 2013, un atelier de rédaction de note au dossier utilisant la TIDN avait été présenté par une stagiaire en nutrition de niveau 4 de l'Université de Montréal.

La première rencontre entre la chercheuse et la chef de service du CSSS fut le 5 mars 2014 où la chercheuse a présenté le projet de recherche, c'est-à-dire les objectifs, l'accompagnement proposé et le modèle recommandé de gestion de changement de John P. Kotter pour faciliter l'implantation du PSN dans son service. La chef de service a dressé un portrait de son équipe et des services dispensés par les nutritionnistes. Une stagiaire en nutrition de niveau 3 de l'Université de Montréal était présente. La rencontre s'est terminée en dressant un échéancier provisoire des futures rencontres entre la chercheuse et les nutritionnistes.

Le 19 mars 2014, il y a eu un autre atelier donné aux nutritionnistes par la stagiaire de niveau 3 où, avec la chef de service, elle a résumé le projet de maîtrise sur l'implantation du PSN qui débutera dans leur CSSS. Par la suite, la stagiaire a repris sommairement les notions théoriques du PSN et a présenté des histoires de cas utilisant la TIDN. Finalement, la stagiaire et la chef de service ont recueilli les commentaires des nutritionnistes sur le mode d'implantation à adopter.

La deuxième rencontre entre la chercheuse et la chef de service fut le 14 avril 2014. La chef de service a présenté les démarches entreprises jusqu'à date et les travaux à compléter, dont le dépôt du nouveau formulaire pré-formaté au comité de structure des dossiers en juin 2014. Finalement, un plan de présentation a été établi pour la première rencontre avec les nutritionnistes.

Le 27 mai 2014, a eu lieu la première rencontre avec les nutritionnistes de 1^{ière} ligne (en visioconférence) et de 2^{ième} ligne (environ 25 nutritionnistes), avec la présence de la chef de service où la chercheuse a présenté le projet de recherche et a révisé les notions théoriques du PSN et de la TPSN⁶. Par la suite, la chef de service a suivi avec la présentation de l'échéancier proposé. Une période de questions et commentaires fut ouverte mais il y a eu peu d'interventions

⁶ La présentation (PowerPoint) peut être consultée sur demande.

de la part des nutritionnistes. Après la rencontre, la chef de service a exprimé à la chercheuse qu'elle percevait son équipe comme « neutre » face au projet. De plus, elle a fait part de quelques obstacles qui pourraient influencer le succès de l'implantation : aucune heure attribuée dans le budget pour le projet et aucun pouvoir de gestion de changer les pratiques professionnelles des nutritionnistes de cancérologie (CICM), des nutritionnistes du regroupement des programmes-clientèles première ligne et du regroupement des programmes clientèles personnes âgées en perte d'autonomie et déficience physique, car les nutritionnistes étaient gérées par d'autres chefs de programme. L'approbation de ces chefs de programme devrait être sollicitée par la chef de service.

Le 2 juin 2014, la chercheuse et la chef de service ont rencontré l'équipe des nutritionnistes de 1^{ière} ligne. La rencontre a duré 3 heures et dix nutritionnistes étaient présentes. Le but de la rencontre était de se familiariser avec la terminologie (TPSN) de l'évaluation, du diagnostic et de l'intervention nutritionnelle avec des histoires de cas⁷. Puisque plusieurs nutritionnistes avaient déjà commencé à mettre en application le PSN et sa terminologie, elles avaient apporté leurs histoires de cas soulevant des questions, qui ont été répondues en grande partie par la chercheuse. De plus, les nutritionnistes avaient quelques questions et commentaires à la chef de service concernant les nouveaux formulaires proposés. Finalement, les nutritionnistes ont rapporté qu'elles doivent investir du temps afin de maîtriser ces notions mais ne semblaient pas en avoir assez même si elles étaient libérées pour des clubs de lecture cinq à six fois par année d'une durée de 1h30 chaque. Elles ont exprimé une difficulté à se réunir en raison des différents emplacements physiques de travail et que les diverses clientèles rendaient plus difficile les échanges entre elles.

Le 9 juin, a eu lieu la rencontre de 3 heures avec les nutritionnistes de l'hôpital (environ seize nutritionnistes) en plus de la chef de service. Encore une fois, le but de la rencontre était de se familiariser avec la terminologie (TPSN) de l'évaluation, du diagnostic et de l'intervention avec des histoires de cas. Cette fois-ci, la chercheuse a révisé en profondeur la TPSN et a présenté plusieurs histoires de cas sur la nutrition entérale, la malnutrition, le diabète, la

⁷ La présentation (PowerPoint) peut être consultée sur demande.

néphrologie et la dysphagie. Le cas sur la nutrition entérale avait été une situation vécue par l'étudiante chercheuse et le cas sur la malnutrition a été présenté aussi avec le nouveau formulaire en utilisant la TPSN⁸. Les nutritionnistes ont soulevé quelques commentaires et inquiétudes face au nouveau formulaire ; plusieurs n'aimaient pas le fait que la section d'une page intitulée « Analyse et autres observations » n'y était plus, car cette section permettait de reprendre tous les éléments/problèmes soulevés avant de conclure et de déterminer le plan nutritionnel. Il est à noter que le formulaire utilisé comportait six pages et que le nouveau proposé en comportait quatre. De plus, les nutritionnistes avaient de la difficulté à percevoir comment écrire la synthèse/conclusion clinique en utilisant la TPSN lorsqu'il n'y avait pas de problème nutritionnel au moment de l'évaluation, par exemple lorsque la nutritionniste est demandée en prévention de maladies et /ou pour faire un enseignement. Finalement, les nutritionnistes craignaient la réaction du comité de l'inspection professionnelle de l'OPDQ face à cette nouvelle façon de consigner les notes au dossier.

Après la période estivale, la chercheuse a rencontré la chef de service le 9 septembre 2014, afin de faire une mise à jour du processus d'implantation au CSSS. Elle avait pu avoir l'approbation des quatre autres chefs de programme afin de poursuivre le projet avec les nutritionnistes de cancérologie, du regroupement des programmes-clientèles première ligne et du regroupement des programmes clientèles personnes âgées en perte d'autonomie et déficience physique. Par contre, compte tenu de la résistance des nutritionnistes de cancérologie face au projet, elle a décidé de les exclure. Elle était dans le processus de finaliser son budget de formation. Une stagiaire de l'Université de Montréal a présenté aux nutritionnistes de l'hôpital, quelques exemples de diagnostic nutritionnel écrit sous forme de PES (problème/étiologie/signes et symptômes) et elle a constitué une « banque de PES » que les nutritionnistes pourront utiliser afin de faciliter l'écriture des notes au dossier. De plus, les formulaires ont été modifiés encore une fois suite aux commentaires des nutritionnistes ; au total, il y aura trois versions : une pour la clientèle hospitalisée, ambulatoire, soutien à domicile (SAD) et centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), une autre version pour la cancérologie et une autre pour la pédiatrie et la périnatalité. La chef de service prévoyait

⁸ La présentation (PowerPoint) peut être consultée sur demande.

soumettre la première version des formulaires au comité de structure des dossiers d'ici la fin de l'année 2014. Finalement, elle souhaitait faire des audits sur le temps de rédaction des notes au dossier pré et post implantation du PSN et sur l'utilisation des nouveaux formulaires.

Un appel téléphonique a eu lieu entre la chercheuse et la chef de service le 7 octobre 2014 où la chef de service a annoncé une coupure récente de deux postes (2 ETC) de nutritionnistes, soit une diminution de 12% de ses effectifs. Son service était alors en restructuration et ses employés étaient très démotivés. Le projet de l'implantation du PSN était suspendu mais elle prévoyait le reprendre. Entre temps, quelques corrections ont été faites aux formulaires, en attente d'approbation par le comité de structure des dossiers et son budget de formation avait été approuvé : les nutritionnistes pouvaient être libérées 3 heures pour une prochaine séance de formation sur le PSN.

Suite à cette annonce, la chercheuse a cru bon de donner le temps nécessaire à la chef de service et à son équipe de se remettre de cette période turbulente. Alors, la prochaine intervention avec la chef de service a eu lieu le 20 janvier 2015, sous forme d'un appel téléphonique. Les activités habituelles ont été reprises dont le projet de l'implantation du PSN. Le comité de pairs a dû être reformé en décembre 2014, le formulaire utilisé par la plupart des nutritionnistes, sauf pour celles en oncologie et en pédiatrie, a été révisé et les derniers changements ont été apportés. Il devait être soumis au comité de structure des dossiers au début février 2015. De plus, la chef de service prévoyait accueillir une stagiaire à la mi-février et un de ses mandats serait de faire un audit sur l'utilisation de la terminologie du diagnostic nutritionnel formulé sous forme d'énoncés PES chez les nutritionnistes du centre hospitalier. Il a été convenu de faire une dernière présentation aux nutritionnistes afin de reprendre les principales notions théoriques et pratiques du PSN et de sa terminologie, en incorporant le nouveau formulaire et les notes de suivis. Les nouveaux formulaires se retrouvent en annexe 22.

Le dernier atelier avec les nutritionnistes de 2^{ième} ligne a eu lieu le 10 mars 2015 en présence de la chef de service et une stagiaire en nutrition de niveau 3 de l'Université de Montréal. La rencontre avait trois volets : premièrement, la chef de service a repris les principaux éléments présentés à la formation organisée par l'ANCQ (Association des nutritionnistes cliniciennes du Québec) le 1^{er} octobre 2014 sur le volet juridique des notes aux dossiers des nutritionnistes; deuxièmement, la stagiaire a présenté les résultats de son audit et

de son outil pratique d'exemples de diagnostics nutritionnels sous forme de PES et finalement, la chercheuse a fait un retour sur le PSN, la TPSN et la surveillance nutritionnelle⁹.

Finalement, le dernier atelier avec les nutritionnistes de 1^{ière} ligne a eu lieu le 14 avril 2015. Pour cette rencontre, la deuxième partie qui avait été présentée par la stagiaire a été retirée car elle n'était pas aussi pertinente pour elles.

À l'automne 2015, les rencontres de bilan ont été planifiées avec la chef de service. À ce moment, le nouveau formulaire avait été approuvé par le comité de structure de dossiers et était en utilisation. Une lettre expliquant le but des rencontres de bilan a été envoyée aux nutritionnistes de 2^{ième} ligne le 2 novembre 2015 et aux nutritionnistes de 1^{ière} ligne le 8 décembre 2015. Voir annexe 23 pour les lettres d'invitation.

ii. Bilan avec l'équipe des nutritionnistes de la 2^{ième} ligne

Le 10 novembre 2015, il y a eu une rencontre avec l'équipe des nutritionnistes de 2^{ième} ligne, sans la présence de la chef de service de nutrition clinique, tel que convenu. Le but de la rencontre était de dresser un bilan du projet sur l'implantation du processus de soins en nutrition (PSN) au CSSS Champlain–Charles-Le Moyne. Plus précisément, les objectifs étaient : 1 - Faire le bilan sur l'utilisation ; 2 - Identifier les barrières et les problèmes encourus lors de l'implantation ; 3 - Identifier les facteurs ayant facilité l'utilisation du PSN ; 4 - Préciser les éléments qui restent à développer afin de continuer l'implantation du PSN dans le service. Au total, sept nutritionnistes ont participé à la rencontre. La rencontre a été enregistrée et le tout s'est déroulé dans une atmosphère professionnelle. Voici la synthèse de la rencontre accompagnée d'extraits :

⁹ La présentation (PowerPoint) peut être consultée sur demande.

Tour de table sur l'utilisation du Processus de soins en nutrition (PSN) et de sa terminologie (TPSN)

La majorité des nutritionnistes l'applique pour leur 1^{ière} évaluation et trouve que leurs notes sont plus concises, moins répétitives et plus ciblées sur l'intervention nutritionnelle. Par contre, pour les suivis, elles ont plus de difficulté à l'utiliser par manque d'informations sur son application. Voici quelques commentaires :

- « ... j'avais commencé à l'utiliser avant car j'avais été à la formation (*Nutrium*) il y a 2 ans à l'automne, je l'utilisais déjà en partie...est-ce que ça a évolué énormément depuis ce temps-là ? peut-être un peu sur l'utilisation, mes phrases, etc... je me casse probablement un peu moins la tête à chercher qu'est-ce que je vais écrire... les dix diagnostics que j'utilise le plus... je les ai en tête... je rédige assez rapidement. »
- « ...je l'utilise plus dans l'évaluation ... et pour (définir) la malnutrition. »
- « ...je l'utilise souvent... mais au niveau des suivis j'ai plus de difficultés à me structurer donc je l'utilise moins »
- « ... je trouve ça quand même concis... je fais moins de 'bla bla' car j'avais tendance dans mes notes à raconter un roman. »
- « ... avant je répétais plus les mêmes choses. »
- « Le fait d'avoir des diagnostics nutritionnels et de ne plus parler d'impression reliée à l'état médical (comme un problème de potassium relié à une médication) ... on va plus droit au but par rapport à nos problèmes à nous en nutrition, qu'on doit gérer d'un point de vue nutritionnel... donc ça fait moins de choses à écrire. »
- « On a eu beaucoup (d'informations sur) comment s'en servir lors de l'évaluation mais pas en suivi, donc on sait moins comment faire. »

Barrières et problèmes encourus

Voici les trois principaux problèmes encourus :

Le PSN est perçu comme étant moins applicable lorsqu'il n'y pas de problème nutritionnel identifié. Le manque de temps pour échanger sur des histoires de cas a aussi été soulevé. Ainsi, voici quelques extraits.

- « On a eu juste une fois où on a fait des (histoires de) cas. »
- « On avait parlé de se réunir par spécialité... et de sortir des phrases canevas... on n'a pas eu le temps de le faire encore. »

La création d'un nouveau formulaire, même s'il était jugé nécessaire par la plupart des nutritionnistes, a alourdi le processus et son application, car il y a eu deux changements à la fois, soit le projet d'implantation d'une nouvelle approche (PSN) et le projet de l'utilisation d'un nouveau formulaire.

- « Des fois, j'ai de la difficulté à me retrouver dans la séquence des questions. »
- « ... le formulaire n'avait pas besoin d'être reviré à l'envers au complet... c'est une autre adaptation qui a alourdi le processus. »

Plusieurs nutritionnistes ont soulevé que la restructuration du service de nutrition clinique secondaire à des coupures de postes, a non seulement retardé le processus mais a aussi affecté la motivation de l'équipe.

Facteurs ayant facilité l'utilisation

Voici les principaux facteurs facilitants soulevés, accompagnés de quelques citations :

Les discussions entre les nutritionnistes ont été très appréciées et utiles :

- « (suite à une absence à long terme) ce qui m'a aidée c'est que ma collègue ... m'a rencontrée pendant une heure et qui m'a expliqué ça... cela m'a beaucoup aidée... je me suis rendue compte que je l'utilisais vraiment tout croche... ce n'est pas quelque chose facile à appliquer lorsque l'on n'a pas les explications... »

Le manuel de TIDN est un outil essentiel, plus spécifiquement le tableau résumé des diagnostics nutritionnels. Le PSN et la terminologie sont plus adaptés pour une clientèle ambulatoire :

- « ... je suis à la clinique externe... ça cible beaucoup sur quoi tu veux travailler et lorsque tu reviens à faire ton suivi, tu regardes ton évaluation, ça va vite pour retrouver ton information. »
- « Dans un contexte aigu, c'est plus difficile d'avoir un impact nutritionnellement pur parlant... on est au gré de la situation médicale... on ne peut pas dire qu'on n'est pas efficace quand le patient est en maladie aiguë. »

Le fait d'avoir une personne-ressource de l'extérieur, ayant expliqué la pertinence du PSN et comment appliquer la TPSN en pratique a été noté et apprécié :

- « Si tu n'étais pas là, on l'aurait pris moins au sérieux »
- « Si aucune aide de l'extérieur... je n'aurais pas essayé. »

Éléments qui restent à développer

Parmi les principaux éléments soulevés pour soutenir son implantation, les nutritionnistes veulent plus de temps aux échanges et aux discussions, elles voudraient former des sous-groupes par spécialité afin de développer des ressources plus pertinentes à chaque spécialité et finalement, elles aimeraient faire des ateliers plus ciblés sur comment mieux appliquer le PSN et la TPSN lors des suivis nutritionnels.

iii. Bilan avec l'équipe des nutritionnistes de 1^{ère} ligne

Le 19 janvier 2016, il y a eu une rencontre avec l'équipe des nutritionnistes de 1^{ère} ligne, sans la présence de la chef de service de nutrition clinique, tel que convenu. Le but et les objectifs de la rencontre étaient les mêmes. Au total, six nutritionnistes ont participé à la rencontre. La rencontre a été enregistrée et le tout s'est déroulé dans une atmosphère professionnelle. Voici la synthèse de la rencontre accompagnée d'extraits :

Tour de table sur l'utilisation du Processus de soins en nutrition (PSN) et de sa terminologie (TPSN)

Les nutritionnistes appliquent le PSN/TPSN pour leur 1^{ière} évaluation mais elles trouvent plus difficile à l'appliquer pour les suivis nutritionnels, par manque d'informations. Elles se sentent de plus en plus à l'aise avec l'utilisation de la TPSN. Selon les nutritionnistes, c'est une approche qui va améliorer l'uniformisation de la pratique et améliorer leur visibilité. Voici quelques commentaires soulevés :

- « C'est utilisé au quotidien... c'est de plus en plus dans nos pratiques... je ne me sens pas encore super à l'aise... »
- « (lors de suivis) ... lorsqu'on a un patient que ça va bien, je ne sais pas trop comment, je reviens à mon ancienne façon de faire, parce que je trouve que ça s'adapte moins. »
- « Tranquillement, j'essaye d'utiliser au moins le PES dans ma partie analyse de mon formulaire existant, mais pas toujours... bien plus facile d'écrire l'ancienne façon. »

Barrières et problèmes encourus

Voici les principaux problèmes encourus.

Le formulaire proposé n'était pas adapté pour leurs clientèles ; le formulaire n'a pas été vraiment utilisé au cours de l'implantation car il y a eu la transition vers des formulaires électroniques.

- « ... formulaire pas pratique mais très logique... »
- « ... contente de ne pas à avoir à utiliser le formulaire... en même temps qu'on a eu le (nouveau) formulaire, ils nous ont demandé d'écrire nos notes dans l'ordinateur. »
- « ... formulaire pas adapté à notre clientèle ambulatoire. »
- « ... avoir un formulaire pour tout le monde... bonne idée mais mission impossible. »

Il y a peu de temps consacré et alloué au développement de nouvelles pratiques et pour échanger sur des histoires de cas : malgré des rencontres cinq à six fois par année lors de clubs de lecture. Les nutritionnistes ont exposé des réalités et besoins différents.

« ... le fait que notre façon de procéder (est différente) : papier (vs) ordinateur, différents logiciels (pour écrire les notes aux dossiers), accès (inégal) à l'ordinateur pour faire les notes, disparité de la clientèle et formulaires (différents) utilisés. »

Finalement, les nutritionnistes ont rapporté recevoir très peu de feedback.

« J'ai tendance à le faire de plus en plus vite, j'écris presque toujours la même chose (même clientèle) mais peut-être que je ne le fais pas correct, je prends des faux plis et c'est ça qui me préoccupe... personne pour me le dire. »

Facteurs ayant facilité l'utilisation

Parmi les facteurs ayant facilité l'utilisation du PSN et de la TPSN, les formations expliquant entre autres la pertinence du PSN et les ateliers (présentations d'histoires de cas) sur l'application concrète de la TPSN, tous donnés par la chercheuse et très appréciés ; les discussions entre les nutritionnistes (mais insuffisantes) et le manuel de TIDN, outil très apprécié et nécessaire.

Éléments qui restent à développer

Parmi les principaux éléments soulevés pour soutenir son implantation, les nutritionnistes rapportent l'importance d'offrir plus de temps aux échanges/ateliers/histoires de cas ; la nécessité d'élaborer un répertoire/gabarit d'exemples de PES pour chaque clientèle ; le besoin de rétroaction constructive et un système de parrainage.

iv. Bilan avec le chef de service de nutrition clinique

La rencontre avec la chef de service de nutrition clinique a eu lieu le 23 novembre 2015, afin de faire le bilan du projet sur l'implantation du PSN dans son service au CSSS Champlain–Charles-Le Moyne. Premièrement, la chercheuse a fait un résumé de la rencontre avec les nutritionnistes de la 2^{ème} ligne et un rapport écrit lui avait été remis ; les nutritionnistes avaient été informées par la chercheuse qu'un rapport de la rencontre serait rédigé et partagé avec la chef de service et ce fut convenu par celles-ci. Voir rapport en annexe 24. La rencontre avec les nutritionnistes de 1^{ère} ligne n'a pas pu avoir lieu avant celle-ci. Par la suite, la discussion s'est déroulée en suivant la grille de discussion sur les huit étapes de Kotter (annexe 9), qui lui avait été remise quelques jours avant. La rencontre a été enregistrée pour faciliter l'analyse. Voici la synthèse de la rencontre selon les huit étapes de Kotter :

Créer un sentiment d'urgence à agir – Puisque la notion du PSN avait déjà été introduite par la chef de service en juin 2013, l'élément ayant mené celle-ci à confirmer sa volonté d'implanter le PSN, était la participation à la formation organisée par *Nutrium* en octobre 2013 sur le PSN et la TIDN, à laquelle la chef de service et huit nutritionnistes du CSSS avaient assisté. La chef de service a réalisé que le modèle du PSN répondait à son désir de réduire le temps consacré à la rédaction de la note au dossier, tout en améliorant la pratique professionnelle des nutritionnistes de l'ensemble du CSSS. De plus, le fait que ce modèle international soit enseigné à l'Université de Montréal, était un incitatif supplémentaire. Pour elle, le fait que l'hôpital soit affilié à une université, justifiait d'être proactif et un chef de file. Lorsque la possibilité de pouvoir participer à un projet de recherche sur l'implantation du PSN s'est présentée en hiver 2014, la chef de service ne pouvait pas laisser passer cette opportunité.

« un incitatif très intéressant de dire qu'on va aller chercher de l'aide pour l'application, d'avoir quelqu'un qui l'a déjà faite... et d'avoir de l'aide pour préparer tout cela (formations/ateliers)... le timing était bon... ».

La chef de service ne voulait pas attendre davantage pour implanter le PSN dans son établissement et croyait que le statu quo n'était pas vraiment acceptable.

« ... avoir une continuité dans les notes dans l'ensemble du CSSS... une uniformité au niveau des pratiques... reliées à un impact au niveau de la performance et de l'efficience...

d'attendre c'est de se priver d'un élément qui augmenterait notre performance et notre efficience ».

Comme gestionnaire, elle trouvait intéressant de se servir du PSN pour générer des indicateurs cliniques de résultats pour démontrer l'impact des interventions en nutrition clinique afin de pouvoir justifier ses effectifs. De plus, comme professionnelle, elle et son équipe, devaient s'assurer d'appliquer les meilleures pratiques. Elle jugeait qu'elle avait bien démontré à son équipe que le statut quo n'était plus acceptable.

Finalement, elle avait pesé les risques avant de débiter le projet et elle avait pris en compte des résistances possibles au changement toujours en étant fixée sur les résultats.

Former une coalition - Un comité de pairs en nutrition clinique 1^{ière} et 2^{ième} ligne, formé de personnes soucieuses de la qualité de la pratique et de l'efficience, avait été formé à la fin de 2013. L'objectif principal du comité était de soutenir les nutritionnistes dans l'intégration optimale de la TPSN pour le PSN afin d'améliorer la qualité des soins en nutrition clinique, d'améliorer la communication entre les intervenants et de favoriser la performance via l'efficience accrue de la rédaction des notes au dossier. Les activités prévues pour cette coalition étaient la refonte et l'harmonisation des différents formulaires d'évaluation et de suivi nutritionnel et l'élaboration d'outils cliniques pour soutenir les nutritionnistes dans l'intégration de la TPSN. Malheureusement, l'équipe n'a pas été aussi engagée et dédiée en raison de multiples départs de personnes du comité, pour différentes raisons. Par contre, certaines nutritionnistes, surtout de 1^{ière} ligne, ont été enthousiastes et ont agi comme agent multiplicateur mais de façon plus informelle. De plus, les stagiaires ont informé et soutenu les nutritionnistes dans le processus.

Développer une vision et une stratégie - Avant de développer la vision, la chef de service s'est assurée que le PSN soit clair pour elle avant en faisant des recherches et plusieurs lectures sur le modèle, la TPSN et les éléments nécessaires à l'implantation. Par la suite, elle espère bien que la vision communiquée était claire, simple, mobilisatrice, inspirante, rassurante et motivante.

Communiquer la vision – La communication de la vision a été réalisée avec l'aide des stagiaires. Les communications étaient plutôt verbales car elle jugeait que les communications

écrites étaient moins efficaces ; par exemple, suite à des courriels, elle téléphonait à certaines sachant que celles-ci ne lisaient pas toujours leurs courriels. Par contre, selon elle, les communications auraient pu être un peu plus rapprochées.

Lever les obstacles au changement – Un des principaux obstacles rencontrés étaient les difficultés et le retard d’approbation du formulaire de note au dossier. Elle avait sous-estimé les difficultés pour réviser le formulaire de note au dossier.

« Le formulaire a rajouté des difficultés au niveau de la gestion du changement des nutritionnistes. »

« Le formulaire a pris beaucoup de temps, a fait en sorte que ça a causé des difficultés supplémentaires au niveau de l’acceptation du projet et aussi au niveau de rejoindre tout le monde. »

Même avec ces difficultés, elle trouvait nécessaire de réviser le formulaire afin de faciliter l’adhésion et l’application du PSN et de la TPSN.

L’autre obstacle rencontré était le fait que les différentes équipes de nutrition ne soient pas gérées par la même personne, plutôt par différents chefs de programme, ajoutant ainsi des étapes au processus (multiples communications) et limitant la légitimité de participer au projet. Cette raison justifie que l’équipe de nutritionnistes en oncologie n’ait pas vraiment participé au projet.

Finalement, lors de la période de coupures de postes et de réorganisation, le climat n’était vraiment pas favorable au changement. Par conséquent, les nutritionnistes ont vécu une réorganisation de leurs charges de travail en quelques semaines :

« ... faire différemment avec moins ».

Elle croyait avoir pris en compte le côté émotionnel des nutritionnistes mais peut-être pas assez :

« ... de les aider à sortir de leur zone de confort... de les convaincre qu’elles sont capables... de les valoriser. »

La communication, sous toute forme, est l’élément majeur afin de lever les obstacles, surtout lors de la période turbulente de coupures de postes : une présentation sur la gestion du

changement a été faite en utilisant le conte de « Qui a piqué mon fromage ? » [47]; source d'inspiration de la chef de service.

« ... la profusion de communication (est importante) et avoir des documents auxquels ils peuvent se référer si jamais ils en ont de besoin ».

Il y avait de la résistance au changement à tous les stades, par exemple :

« L'imposition de vocabulaire et de structure de phrases a brimé les nutritionnistes dans leur expression de créativité ».

« Mais avec le temps, le tout s'est amenuisé ».

Selon la chef de service, les formations données par la chercheuse et les stagiaires étaient adéquates et suffisantes. Par contre, elle prévoit poursuivre les ateliers par discipline, adresser davantage la rédaction des notes de suivi nutritionnel en utilisant le PSN et la TPSN et faciliter les échanges entre les nutritionnistes de 1^{ière} et 2^{ième} ligne.

Tout au long du processus, la chef de service était appuyée par la direction mais elle n'a pas reçu assez de ressources pour faciliter son rôle et ses tâches ; il n'y a pas eu d'ajout d'heures, sauf pour les heures des membres du comité de pairs et les frais du livre de la TIDN qui ont été couverts en grande partie par le service de la bibliothèque de l'hôpital. Les ajouts de ressources humaines étaient externes soit toutes les heures de la chercheuse et des stagiaires.

Démontrer des résultats (gains) à court terme - Il y a eu quelques résultats rapportés mais non démontrés concrètement ; certaines nutritionnistes ont rapporté que le temps de rédaction de la note au dossier a été diminué mais pas de façon systématique. La chef de service a rapporté du feedback positif de certains médecins vis-à-vis les notes de la nutritionniste et finalement, la relation professionnelle entre les nutritionnistes et les stagiaires a été facilitée avec l'utilisation du PSN et de la TPSN.

Pour la chef de service, il a été difficile de documenter les résultats car plusieurs changements ont eu lieu en même temps. Par contre, durant le processus d'implantation, un audit sur le taux d'utilisation du PSN et de la TPSN des nutritionnistes de l'hôpital a été effectué par une stagiaire. D'autres audits sont prévus afin d'évaluer la conformité et le taux de satisfaction des nutritionnistes face au PSN.

Mais la perception générale de la chef de service est que les notes au dossier des nutritionnistes, utilisant le PSN et la TPSN avec le nouveau formulaire, sont plus concises car il n'y a plus de répétition d'informations.

Bâtir sur les premiers résultats pour accélérer le changement - L'évolution du projet a été ralentie en raison de plusieurs difficultés au courant du changement dont le délai à faire approuver le formulaire par le comité de structure des dossiers, car le service des archives a été réorganisé durant cette période et également la réorganisation du service de nutrition clinique secondaire aux coupures de deux postes ETC de nutritionnistes. La communication a été l'élément clé selon la chef de service afin de traiter et aplanir ces difficultés ; le projet de l'implantation du PSN a toujours été un point discuté lors de rencontres de service avec les nutritionnistes afin de permettre un échange et une discussion.

Ancrer les nouvelles pratiques dans la culture de l'organisation - Un défi additionnel a été ajouté avec la nouvelle réorganisation du réseau de la santé. Le CSSS Champlain–Charles-Le Moyne fait partie du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Centre. Par conséquent, le poste de chef de service de nutrition clinique a été aboli à l'Hôpital Charles-Le Moyne et a été remplacé par un chef de service de réadaptation et de nutrition clinique. La chef de service de nutrition clinique sortante, a été relocalisée à l'Hôpital du Haut-Richelieu comme chef de service de réadaptation et de nutrition clinique.

La chef de service désire toujours poursuivre l'implantation du PSN mais maintenant dans l'ensemble du CISSS Montérégie-Centre. Pour ce faire, un bilan avec son équipe actuelle serait la première étape, afin de recueillir les commentaires des nutritionnistes sur ce qui a bien fonctionné et sur ce qui est à améliorer afin de poursuivre l'implantation du PSN. Par la suite, un comité de pairs devra être formé, incluant des membres du CISSS, qui l'aidera dans ce processus. La formation et les ateliers devront se poursuivre, ils permettront de rapprocher les différentes équipes et de profiter de l'expertise et des expériences des nutritionnistes utilisant le PSN et la TPSN. Des nutritionnistes « championnes » pourront être recrutées afin de permettre à celles qui sont moins familières de pouvoir échanger avec une collègue. Des groupes par spécialités pourront être formés afin de développer des outils pertinents selon les besoins de chaque spécialité. Finalement, des audits de qualité et de pratique professionnelle devront être réalisés afin de démontrer les résultats de tout ce processus. Selon la chef de service,

l'uniformisation de la pratique à travers le CISSS sera un objectif à atteindre afin de permettre, entre autres, une meilleure communication entre les différentes nutritionnistes du CISSS, favorisant ainsi la continuité des services en nutrition clinique.

VIII. Discussion

Avant de présenter l'analyse du processus de changement des deux milieux de recherche, un portrait sera dressé des enjeux associés à la gestion du changement dans les organisations publiques et des facteurs d'ordre individuel liés à résistance au changement.

a. Enjeux associés à la gestion du changement dans les organisations publiques

Selon les barrières documentées dans les expériences des deux milieux, on peut constater que le changement amorcé n'a pas été une réussite absolue mais plutôt mitigée. Selon Kotter [48], plus de 70% de tous les grands efforts de changement échouent. Par ailleurs, de plus en plus d'études démontrent que plus une organisation applique la gestion du changement, plus il est probable qu'elle atteigne les objectifs et résultats voulus. Depuis plus de huit ans, l'entreprise privée Prosci génère des données sur la gestion du changement en menant des recherches internationales avec des leaders du changement dans diverses industries, dont les institutions gouvernementales et celles de la santé. Le but de leurs études est de reconnaître les leçons tirées des participants afin que les équipes actuelles de gestion du changement puissent tirer parti de ces expériences. L'accent est mis sur ce qui fonctionne et sur ce qui ne fonctionne pas, dans tous les domaines de la gestion du changement. Dans leur récent rapport *Best practices in change management* de 2016 [49], Prosci démontre que les initiatives avec une excellente gestion du changement sont six fois plus susceptibles de répondre à leurs objectifs que celles qui ont une mauvaise gestion du changement. La gestion du changement, lorsqu'elle est appliquée efficacement à un projet, augmente considérablement le taux de réussite de l'effort. La gestion du changement est une approche structurée et dynamique afin de préparer, d'équiper et de soutenir tous les individus concernés de l'organisation à adopter avec succès le changement, en traversant leur propre période de transition avec le moins de perturbations possibles et le plus de productivité et d'innovations possibles, afin de conduire l'organisation à retirer tous les bénéfices anticipés. Selon Prosci [49], les principaux contributeurs au succès du changement sont : une haute direction active et visible, une approche structurée de gestion du changement,

des ressources consacrées à la gestion du changement, un engagement et une participation des employés, une communication ouverte et continue et un engagement des cadres intermédiaires.

Alors, il est raisonnable de croire que dans l'administration publique, incluant les deux milieux de recherche de ce mémoire, ces déterminants du succès du changement sont difficilement atteignables, surtout dans le contexte actuel du système de santé québécois. Selon Colletette [50], diverses expériences vécues dans l'administration publique au cours des deux dernières décennies au Québec ont eu une incidence négative, c'est-à-dire qu'un excès de certaines pratiques a rendu ces organisations moins performantes, plus fragiles et moins capables d'intégrer le changement. Ces pratiques qualifiées d'excessives sont les suivantes :

- Des changements trop nombreux : trop de projets différents en même temps dans l'organisation ; les cadres déplorent qu'il y ait trop de changements, qui dépasse leur capacité de gestion et les amènent à négliger la conduite des activités courantes.
- Des changements trop fréquents : des vagues de changement se succédant à un rythme élevé, sans période de consolidation et de répit ; en multipliant les dossiers de changement, on incite les cadres à se disperser de sorte qu'aucun de ces dossiers ne bénéficie de l'investissement nécessaire.
- Des changements de trop grande envergure : des chantiers d'une amplitude plus grande que la capacité de gestion en place et que la capacité d'intégration des destinataires ; les cadres auront graduellement l'impression d'avoir perdu la maîtrise du projet, ils auront le sentiment de ne pas recevoir l'appui dont ils ont de besoin et se sentant démunis, certains improviseront des solutions.
- Des changements trop dispersés : des projets peu coordonnés, allant parfois dans des directions conflictuelles déstabilisant les équipes, disséminant les ressources en plusieurs endroits et rendant la coordination du changement plus difficile.
- Des changements trop vagues : des formulations générales, ambiguës, sans objectifs opérationnels. Sans précision sur les résultats ou les comportements attendus, on risque d'entraîner les travailleurs dans une improvisation collective dont le déroulement et les résultats deviennent largement imprévisibles.

En plus de ces pratiques excessives rendant l'administration publique moins capable d'intégrer le changement, il existe aussi, selon Colletette [50], des pratiques qui faciliteraient l'introduction du changement mais qui ne sont pas assez répandues :

- Trop peu de preuves au changement proposé : l'introduction des innovations peu éprouvées place les individus en situation d'essais et d'erreur.
- Trop peu d'accent sur les pratiques professionnelles : souvent, l'administration publique vise à changer la nature des services offerts ou les modalités de leur prestation en adoptant des mesures qui touchent largement les structures et pas assez les pratiques.
- Trop peu d'accent sur les problèmes à corriger : le débat porte surtout sur les objectifs et les orientations de l'administration publique et les problèmes à corriger sont souvent négligés ; les solutions sont définies davantage en fonction des intérêts ou des préférences des acteurs participant au débat qu'en fonction de leur pertinence pour résoudre les problèmes.
- Trop peu d'encadrement : l'accompagnement de toutes personnes concernées, de façon méthodique, permet à ceux-ci d'acquérir rapidement une maîtrise satisfaisante des nouvelles pratiques et réduit les effets potentiellement négatifs d'un changement organisationnel notamment sur leur santé.

b. Facteurs d'ordre individuel liés à la résistance au changement

Toute personne impliquée directement ou indirectement par un changement organisationnel est identifiée comme étant le destinataire [51], lequel doit s'adapter à ses exigences. Par ailleurs, selon Bareil, le décideur est l'acteur qui a pris la décision stratégique d'apporter un changement et il n'a pas nécessairement besoin de modifier ses habitudes à la suite de sa décision. Donc, c'est habituellement au destinataire que l'on impose un changement, lequel ne doit pas être perçu comme une victime mais plutôt comme le premier responsable de son appropriation du changement. Bareil [51] accorde beaucoup d'importance au destinataire lors de mise en œuvre de changement car il peut faire un sorte que ce changement soit un succès total, un succès mitigé ou un échec total. En bref, très souvent le destinataire est un acteur puissant sous-estimé : on accorde plus d'importance à la gestion de projet (exemples : respect

de l'échéancier et du budget) qu'à la gestion de cette personne, qui décide de déployer les efforts pour changer ou non.

L'analyse des traits de personnalité des destinataires incluant ceux des diététistes, peut nous informer des forces et des faiblesses d'une profession et nous informer des stratégies à privilégier afin de les soutenir dans leur pratique professionnelle.

En 2015, Ball et al. [52] ont publié une étude transversale visant à décrire les traits de personnalité des diététistes en Australie. Pour les auteurs, il y a deux aspects principaux de la personnalité : les traits de tempérament qui déterminent les réponses émotionnelles aux expériences et sont généralement stables au cours de la vie et les traits de caractère qui reflètent les buts et les valeurs personnels et tendent à se développer avec l'expérience de vie. Les traits de personnalité ont été mesurés avec un outil validé et utilisé dans divers pays, afin d'étudier les traits de personnalité de nombreux professionnels de la santé, le *Temperament and Character Inventory* (TCI-R 140), une auto-évaluation avec 140 questions utilisant une échelle Likert à cinq points. Un total de 346 diététistes a complété le sondage en ligne. Les participants ayant complété le sondage étaient généralement plus jeunes ($P < 0,001$), avec seulement quelques années d'obtention du diplôme ($P < 0,001$). Les résultats ont démontré que ces diététistes sont consciencieux, ambitieux, fiables et persistants, tolérants et empathiques et ont tendance à éviter les risques. Les auteurs ont conclu que ces caractéristiques permettent aux diététistes d'être compétents et efficaces dans leur rôle. Cependant, la tendance à éviter les risques indique une tendance à être trop prudents ou anxieux et la persistance élevée peut les incliner vers des attitudes perfectionnistes au travail. Ces auteurs suggèrent que les gestionnaires en diététique soient conscients de ces dimensions lors de la prise de décisions et dans la gestion du changement.

Comme autre facteur d'ordre individuel, les attentes de la nouvelle génération de travailleurs méritent notre attention. Ils accordent plus d'importance à la qualité de vie au travail, à la conciliation travail/famille et surtout à un travail enrichissant qui permet à chacun de se développer, de se réaliser et de se surpasser. Alors en période de changement, ces nouvelles générations d'employés s'attendent à être traités comme une ressource compétente et importante pour l'organisation et ils veulent être reconnus et surtout considérés. Non seulement les attentes des travailleurs ont évolué, mais aussi les nouvelles pratiques de gestion. De nos jours, les

meilleurs employeurs inscrivent la gestion des ressources humaines dans le plan stratégique de l'organisation, car ils sont conscients que la réussite de l'organisation (financière ou autre) passe par un engagement de leurs effectifs [51]. Selon Bareil, en général et selon le type de changement, près de deux tiers des changements imposés par la direction échouent ; on estime qu'en général les changements exigent deux fois plus de temps que prévu et coûtent 1.5 fois plus cher, tout en n'atteignant pas les résultats anticipés.

La résistance au changement a souvent été la cause citée de l'échec du changement. Bareil écrit que souvent les gestionnaires ne prennent pas le temps nécessaire d'écouter leur employé avant de sauter à la conclusion hâtive qu'ils « résistent au changement » [51] ; au lieu d'accorder plus d'importance à des causes internes liées à l'employé il aurait avantage à réfléchir sur les causes externes liées au changement lui-même, à sa légitimité ou à la piètre qualité de sa mise en œuvre. La résistance au changement résulte généralement parce que le destinataire doit quitter sa zone de confort : il doit s'adapter à un nouveau contexte, à de nouvelles tâches et responsabilités, adopter de nouveaux comportements, de nouvelles attitudes et surtout abandonner les habitudes qui ponctuaient son quotidien. Bareil classe les causes possibles de la résistance au changement en huit catégories :

- Causes individuelles : le destinataire a peur de l'inconnu, il a peur de perdre quelque chose (sa sécurité d'emploi, son autonomie ou ses compétences) ; certains traits de caractères, comme la préférence pour la stabilité et l'intolérance à l'ambiguïté, peuvent aussi causer de la résistance.
- Causes collectives : le destinataire peut résister parce que le changement bouscule les normes sociales du groupe (durée de pause, souplesse de l'horaire, espace de travail, etc.)
- Causes culturelles : certaines cultures seraient moins réceptives au changement.
- Causes politiques : le destinataire peut résister parce qu'il perd de l'influence ou subit différents jeux de pouvoir.
- Causes liées à la qualité de la mise en œuvre : le changement est mal implanté et le destinataire ne résiste pas au changement mais plutôt à la façon dont il est implanté. Le changement leur est imposé sans leur laisser assez de temps ni de moyens pour s'adapter.

- Causes liées au changement lui-même : le changement n'a pas de sens aux yeux du destinataire ; il résiste parce que le changement n'est pas légitimé ou n'a pas été bien expliqué.
- Causes liées au nombre de changement et à leur fréquence : situation dans laquelle le destinataire ne résiste plus à un changement mais plutôt à la multitude de changements en peu de temps.
- Causes organisationnelles : le destinataire perçoit que l'organisation est incapable de changer et que finalement le changement n'aura pas lieu.

Alors Bareil définit la résistance au changement comme un résultat lié à un ensemble de manifestations observables, actives ou passives, individuelles ou collectives, qui entravent le processus de changement [51]. Un modèle intégrateur définissant les différents stades du changement fut proposé, en tenant compte des aspects affectifs, cognitifs et comportementaux du destinataire. Ces quatre grandes étapes réactionnelles sont : le choc, le destinataire doit absorber l'annonce du changement et préparer une réponse ; la résistance, un déséquilibre qui sous-tend la perte de ce à quoi on est habitué ; l'ouverture, soit le rejet des anciennes façons de faire et une redéfinition de soi ; l'engagement, l'acceptation de la réalité nouvelle et l'acquisition de nouvelles croyances, attitudes ou de comportements durables. La durée de ces étapes varie en fonction de l'ampleur du changement, des conditions facilitantes et du temps alloué pour que le destinataire s'approprie le changement. Ainsi, au lieu de parler de résistance, Bareil propose d'utiliser le mot « préoccupation » car le vécu du destinataire est abordé non pas en fonction de ses résistances mais plutôt en fonction de ses préoccupations. Une préoccupation est une inquiétude, composée d'une composante affective et cognitive, qui est atemporelle, qui n'est pas en fonction de la personnalité de l'individu et qui est antérieure au comportement. Donc, si on peut agir directement sur la préoccupation, on peut alors éviter des comportements de résistance.

Compte tenu de l'importance des réponses au changement, Maletto [53] propose un modèle de gestion du changement qui intègre la gestion du volet humain. Il désigne le changement comme un projet concret et circonscrit dans le temps ; il a une date fixe de mise en œuvre. La transition renvoie au processus psychologique déclenché par le projet de changement,

processus que devront vivre les individus ou groupes durant une certaine période. Tout comme Bareil, Maletto utilise aussi le terme « préoccupation » : pensée et sentiments qui précèdent le changement et surtout l'adhésion à ce changement. Selon lui, la résistance est inévitable, car il est légitime d'avoir des inquiétudes ou des appréhensions. Afin de favoriser l'acceptation du changement, l'individu doit être capable de lâcher-prise, de laisser tomber ses résistances. Il n'est pas facile pour un gestionnaire d'écouter de manière empathique les préoccupations de son personnel mais le respect réel et sincère des préoccupations de chaque individu, et ce, sans jugement, est susceptible de laisser place un sentiment de considération. Pour faciliter cet acte de lâcher-prise, Maletto [53] a développé un outil appelé le RAP : remarquer, admettre et partager. En situation de changement, l'individu doit premièrement identifier ses préoccupations, par la suite, il doit admettre quels aspects du changement l'inquiètent et finalement, en le partageant, ceci facilitera la transition, le deuil des anciennes pratiques et l'acceptation de la nouvelle réalité. Maletto [53] propose un modèle de gestion du changement, en cinq étapes, visant l'adhésion du personnel. Les cinq étapes sont :

1. La planification de la stratégie d'intervention : constitue l'appropriation du projet, la constitution d'une structure d'intervention et d'un comité de pilotage, l'élaboration d'un inventaire des préoccupations, des activités d'accompagnement et des gains pour chacune des groupes cibles et l'élaboration d'un plan de communication.
2. La préparation du personnel : inclue la formation des responsables de la gestion du changement, la tenue de la rencontre d'information visant à présenter un résumé du projet, de la rencontre de dialogue des préoccupations et de la rencontre de projet, visant à décrire en détail la nature technique du projet.
3. La mise en œuvre du projet : c'est la mise en œuvre des aspects techniques du projet et la réalisation des activités d'accompagnement.
4. Le système de suivi : constitue l'évaluation du cheminement des groupes et des individus dans la transition et l'ajustement de la démarche au besoin.
5. L'évaluation : c'est l'évaluation de la stratégie d'intervention, de la structure d'intervention et de la méthodologie et du transfert des compétences.

Le modèle de gestion proposé par Maletto est similaire à celui de Kotter. Maletto intègre plus les principes de la gestion de projet dans son modèle : planification, préparation, exécution, suivi et évaluation, tandis que Kotter, met plus d'emphasis sur l'adhésion des individus concernés par le changement en s'assurant que ceux-ci saisissent le besoin de changer maintenant. La première étape de Kotter, soit la création du sentiment d'urgence à agir, constitue une étape cruciale dans la réussite du changement.

Maintenant, regardons l'expérience des deux milieux, en tenant compte des processus de gestion du changement.

c. Processus de gestion du changement appliqué au PSN

En s'inspirant des principes de gestion du changement, regardons les expériences des deux milieux de recherche. Par la suite, l'expérience australienne de l'implantation du PSN selon le modèle de gestion du changement de Kotter sera exposée.

i. Le cas du milieu 1 (HSCM)

Le principal élément, ayant fait en sorte que le projet ait eu un succès mitigé à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, est que dès le départ, il n'y avait pas de sentiment d'urgence à changer les pratiques de la part des nutritionnistes cliniciennes et les conditions n'ont pas été réunies pour que le groupe adhère au projet. Selon Maletto [53], les différents groupes cibles, en commençant par le gestionnaire, doivent connaître les réponses à ces énoncés : quel est l'objectif du projet ? Quelle est la raison d'être du projet ? Comment on va y arriver (plan de mise en œuvre) ? Quels seront les gains et quelles seront les pertes ? Finalement, les individus doivent percevoir qu'ils seront écoutés avec respect et sans jugement et pourront contribuer.

L'ampleur du changement a certainement été sous-estimée. Mise à part la présence de la chercheuse, le changement fut mené sans appui de la part de la direction. Quelques heures additionnelles de formation furent prévues mais sans coalition, qui aurait pu aider à développer une vision claire et attrayante et à la communiquer plus efficacement. Notons aussi l'absence

d'agents de changement sur le terrain. Les nutritionnistes percevaient que le changement était imposé par la chef de service, qu'elles n'ont pas été considérées dans le processus de décision et elles ne partageaient pas la même vision que la personne ayant initié le processus, la chef de service.

De plus, les préoccupations des nutritionnistes, telles que le sentiment de perdre leur autonomie professionnelle et leur visibilité face aux médecins et la perception que la charge de travail serait augmentée, n'avaient pas été prise en compte, pouvant expliquer ainsi la résistance importante au changement. En raison de cette résistance, le projet a duré plus de temps que prévu : un an au lieu de six mois.

Pour poursuivre ce projet, il serait préférable de reprendre le processus sous forme de projet pilote avec les diététistes des cliniques ambulatoires, puisque celles-ci étaient plus ouvertes au PSN. Un projet-pilote mené selon les principes de gestion du changement, avec le support de la haute direction, aiderait à produire des données ou des preuves sur la faisabilité du projet et sur les bénéfices de l'implantation du PSN, tout en corrigeant les difficultés au fur et à mesure. La deuxième étape du PSN, soit le diagnostic nutritionnel, pourrait être priorisé de nouveau ou les quatre étapes pourraient aussi être appliquées en même temps, mais un formulaire pré-formaté des notes au dossier des nutritionnistes devrait être élaboré suivant le modèle et la terminologie du PSN afin de faciliter son utilisation. Par la suite, selon les résultats, le PSN pourra être implanté à plus grande échelle. Selon Parrott et al. [54], la possibilité de voir des collègues appliquer la TPSN, d'entendre leurs commentaires positifs sur la TPSN et d'avoir des nutritionnistes « championnes » engagées dans sa promotion, augmenterait la probabilité que la TPSN soit utilisée à plus grande échelle. Car bien que des efforts pour éduquer et encourager les nutritionnistes à utiliser la TPSN soient nécessaires, ces efforts ne sont probablement pas suffisants pour diffuser largement l'utilisation de la TPSN. Selon l'expérience de Gardner-Cardani et al. [55], lors de l'implantation du PSN dans leur institution au Michigan, l'utilisation de pairs pour piloter un projet a établi une certaine confiance dans le processus au sein de l'équipe et a contribué en une gestion positive et réussie du changement.

ii. Le cas du milieu 2 (CSSS)

Au début du projet de recherche au CSSS Champlain–Charles-Le Moyne, le sentiment d’urgence à modifier la pratique était déjà présent, car depuis au moins huit mois, il y avait eu plusieurs séances d’information expliquant la notion du PSN et sa pertinence de l’appliquer au CSSS. Une coalition était formée (un comité de pairs) pour développer une vision, qui était adéquatement claire. Par contre, en raison de plusieurs départs, la coalition n’a pas été capable d’exercer son rôle de façon optimale. Les agents de changement ont plutôt été des individus (nutritionnistes cliniciennes) sur le terrain informant et aidant leurs collègues à mettre en application le PSN. La chef de service a eu très peu d’aide de la direction et a mené le projet pratiquement seule, excluant l’aide de la chercheuse. Les séances d’accompagnement ont été très bien appréciées mais insuffisantes.

Pour ce milieu de recherche, un des obstacles principaux était le formulaire de note au dossier. Premièrement, son élaboration a été très laborieuse pour la chef de service, nécessitant plusieurs heures à refaire et à revoir son contenu, deuxièmement, son acceptation de la part du comité des dossiers a été longue et finalement, son acceptation par les nutritionnistes cliniciennes n’a pas été facile. L’autre obstacle au déploiement du PSN, était l’abolition de deux postes et la réorganisation du service qui a suivi. Cet événement n’a pas seulement ralenti le processus, le projet a duré 18 mois au lieu de six, mais a influencé grandement la motivation de l’équipe.

Avec l’annexion du CSSS au CISSS, le défi majeur maintenant sera l’organisation du service de nutrition clinique : il n’y aura plus de chef de nutrition clinique mais plutôt un chef regroupant les services de réadaptation et de nutrition clinique dans les différentes installations du CISSS et il est fort possible que ces chefs ne soient pas des nutritionnistes. Donc, il sera plus difficile aux différentes équipes de nutritionnistes cliniciennes de poursuivre leurs efforts d’implantation du PSN. Déjà, durant le projet, la chef de service avait des difficultés à rassembler tous les nutritionnistes afin de réaliser le projet, par exemple : elle a dû demander la permission d’inclure les nutritionnistes de la première ligne et les nutritionnistes du centre de cancérologie résistants au projet n’ont pas été inclus au projet faute d’avoir un pouvoir décisionnel sur eux. De plus, la création d’un formulaire de notes au dossier commun (excluant l’oncologie et la pédiatrie) a été compliquée, car le formulaire devait répondre aux besoins des

différentes clientèles et même après son approbation, quelques nutritionnistes étaient encore insatisfaites avec son contenu, le considérant peu adapté pour leurs clientèles. Alors, les nutritionnistes cliniciennes sur le terrain auront un plus grand rôle à jouer si elles désirent poursuivre le processus ; elles devront reconstituer le comité de pairs et revoir son rôle et ses fonctions, continuer les activités de formation, telles que les ateliers d'histoires de cas et être les agents du changement. Les nutritionnistes devront s'inspirer du travail déjà fait et persévérer.

iii. Le cas de l'utilisation du PSN en Australie

Dans la littérature, il y a très peu d'études qui ont évalué la mise en œuvre du PSN en utilisant l'un des modèles de gestion du changement. En Australie, l'utilisation du PSN est recommandée par *Dietitians Association of Australia* (DAA) depuis 2010, mais le PSN est très peu utilisé par les diététistes en milieu hospitalier. En 2010, un groupe de chercheurs australiens ont débuté une série d'études afin de développer un programme d'implantation du PSN/TPSN dans les hôpitaux selon un processus de gestion du changement. Porter et al. [56] ont débuté avec une étude ayant l'objectif principal d'évaluer et de comparer les perceptions des diététistes ayant débuté l'implantation du PSN « de façon informelle » versus ceux n'ayant pas débuté son implantation. Cinq hôpitaux en Australie ont été recrutés afin de participer à l'étude : deux ayant implanté la seconde étape du PSN (diagnostic nutritionnel) sans utiliser un modèle de gestion du changement (groupe 1) et trois hôpitaux ne l'ayant pas encore implanté (groupe 2). Le processus d'implantation dit « informel » consistait à trois séances de développement professionnel étalées sur trois mois, des tutoriels mensuels pendant six mois et finalement la rédaction de diagnostics nutritionnels pour révision et discussion. Sur 113 diététistes des cinq hôpitaux invités à participer à l'étude, 70 diététistes ont complété un sondage en ligne, le *Attitudes Support Knowledge NCP survey* (ASK NCP survey). Ce sondage comportait 58 questions (à choix multiples, avec échelle de Likert et questions ouvertes), afin de mesurer leur familiarité avec le PSN, leur degré de confiance à l'appliquer et les barrières à son implantation. Les résultats de l'étude ont démontré que les connaissances sur le PSN et le degré de confiance face à son utilisation étaient meilleurs dans le groupe 1. Par contre, l'acquisition de connaissances ne se traduit pas nécessairement en changement de comportement. Ainsi, les

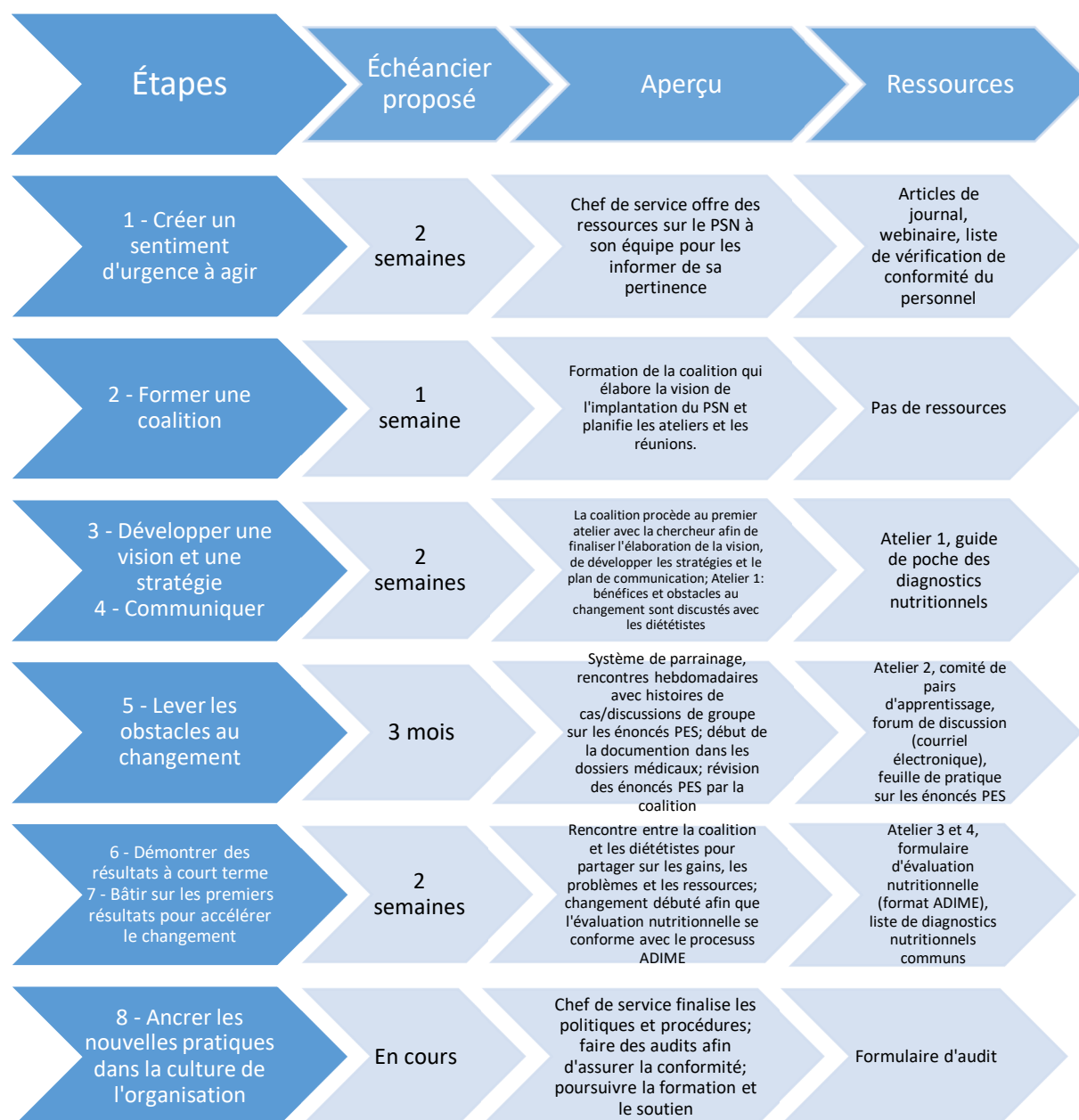
barrières identifiées par les deux groupes de diététistes concernaient surtout des éléments liés à son implantation : pas assez de formation continue et soutenue, de support, de vision et de ressources. Alors, les auteurs ont conclu que pour assurer une adoption réussie du PSN par les diététistes en milieu hospitalier, un processus structuré de mise en œuvre serait nécessaire pour faciliter le changement. Les auteurs ont développé le *NCP/IDNT implementation package*, basé sur les huit étapes de gestion du changement de Kotter : une trousse de documentation pouvant être utilisée par les services de nutrition clinique. Les auteurs conclurent qu'il est important que les gestionnaires consacrent suffisamment de temps pour aider le personnel à acquérir des connaissances, à faciliter le changement de comportement et à acquérir de l'expérience avec la nouvelle pratique.

Porter et al. [57] ont ensuite mené une étude ayant l'objectif d'évaluer l'efficacité de cet outil de mise en œuvre du PSN, le *NCP/IDNT implementation package*, dans deux services de nutrition clinique d'hôpitaux australiens différents. Un troisième hôpital a servi de groupe témoin. L'hypothèse de l'étude était que les diététistes ayant utilisé l'outil seraient considérablement plus familiers avec le PSN, plus confiants à l'appliquer et plus soutenus dans son implantation, entraînant ainsi une adoption réussie du PSN et de la TPSN versus les diététistes n'ayant pas accès à l'outil, et ce, de façon significative dans le même intervalle de temps.

Au total, 35 diététistes ont été recrutés : 24 provenaient de deux hôpitaux (groupe d'intervention) et 11 de l'hôpital du groupe témoin. Avant le début de l'implantation, le chercheur a rencontré les chefs de service afin de créer les coalitions ; le chercheur a proposé que, pour un service de nutrition clinique ayant entre neuf à seize diététistes équivalents temps complet, trois membres suffiraient afin de former la coalition. Les deux équipes du groupe d'intervention ont reçu la trousse de documentation et de la formation sur le processus de gestion du changement de Kotter, répartie en trois sessions. La trousse de documentation incluait un manuel, un guide de poche sur la terminologie des diagnostics nutritionnels, des présentations électroniques, du matériel pour des ateliers et d'autres ressources. Au courant de l'implantation, le chercheur prenait contact avec les deux sites hebdomadairement pour leur offrir du soutien et répondre à leurs questions. Les deux équipes de coalition ont débuté l'implantation en suivant les étapes de Kotter selon l'échéancier proposé. La figure 4 illustre les huit étapes de Kotter,

l'échéancier proposé, l'aperçu du processus d'implantation et les ressources à utiliser, qui forment la trousse de documentation développée par Porter et al.

Figure 4 : Aperçu du processus d'implantation et de la trousse de documentation basé sur les huit étapes de Kotter [57]



Les diététistes du groupe témoin n'ont pas reçu d'informations sur le PSN ni sur le processus d'implantation par le chercheur durant l'étude ; cependant, ceux-ci pouvaient être exposés au PSN via d'autres sources d'informations (association, auto-apprentissage, etc.). Tous les participants ont complété le sondage en ligne (*ASK NCP Survey*) pré-implantation et post-implantation. Des données qualitatives ont été recueillies via les observations du chercheur et via un groupe de discussion effectué post-implantation dans les deux sites du groupe d'intervention. Des 35 diététistes qui ont complété le sondage pré-implantation, 23 (n=14 groupe d'intervention et n=9 groupe témoin) ont complété le sondage post-implantation et 12 ont été perdu en raison d'absence ou de relocalisation. La majorité des diététistes étaient des femmes, travaillant à temps plein avec cinq ans d'expérience. Les résultats du sondage ont démontré qu'il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes (groupe d'intervention et groupe témoin) au niveau des connaissances, de la confiance, du support et des préoccupations face à l'implantation du PSN. Basé sur les données qualitatives, les participants ont rapporté que la trousse de documentation était utile et la recommanderaient à d'autres services voulant implanter le PSN. Plus précisément, ils ont apprécié le guide de poche sur les diagnostics nutritionnels et les présentations/histoires de cas et ont noté l'importance d'avoir une coalition forte. De plus, ils ont noté que le processus de changement les avait aidées à mieux comprendre le PSN.

Puisqu'il s'agissait d'une étude pilote, le nombre de participants était relativement faible. Les auteurs ont conclu que ceci avait restreint leur capacité à trouver des résultats significatifs dans la réussite de l'implantation du PSN entre le groupe d'intervention et le groupe témoin. Cependant, ils ont pu identifier des améliorations au sein des deux sites du groupe d'intervention. Les auteurs ont quand même accepté l'hypothèse, selon laquelle les diététistes qui avaient utilisé la trousse de mise en œuvre, avaient pu améliorer leurs connaissances, leur niveau de confiance et leur apprentissage du PSN et de la TPSN du diagnostic nutritionnel, alors que le groupe témoin qui n'avait pas accès à la trousse ne s'était pas amélioré dans ces domaines. De plus, en comparant avec le groupe d'intervention, le groupe témoin ne percevait pas la valeur ajoutée du PSN.

Par la suite, Vivanti et al. [58], ont mené une étude similaire mais avec un plus grand échantillon, déterminant le niveau de connaissances et les perceptions des diététistes sur la

TPSN pré et post-implantation, utilisant le modèle de gestion de changement de Kotter. Un autre objectif de cette étude était d'élaborer un programme pour former des diététistes à devenir « champions » sur la TPSN. Les 301 diététistes travaillant en milieu hospitalier des régions métropolitaines, régionales et éloignées du système de santé de l'État ont été inclus dans l'étude. Le projet a été financé par *Allied Health Clinical Education and Training Unit* du Département de santé de Queensland, Australie. Un comité directeur et un poste de chef de projet ont été créés. Les chefs de services de nutrition clinique des plus grands centres hospitaliers ont chacun choisi un nutritionniste « champion » ($n = 17$) parmi leur équipe, ayant des compétences en communication, en relations interpersonnelles et en résolution de problèmes. L'implantation du PSN étant une priorité de leur service, les chefs s'étaient engagés à libérer et à rémunérer une journée par semaine pendant 20 semaines les nutritionnistes « champions » et à les soutenir. L'implantation du TPSN couvrait tous les concepts de PSN mais seulement la terminologie du diagnostic nutritionnel a été utilisée dans la pratique. Le sondage en ligne ASK NCP a été utilisé avant et après l'implantation du TPSN pour recueillir les données. Au début du projet, les champions ont été formés sur la TPSN et la gestion du changement (webinaires et formation en personne). Par la suite, les champions ont dirigé des ateliers (chacune d'environ une heure) sur 14 semaines dans leur milieu respectif avec leurs collègues. En plus des ateliers, tous les diététistes champions participaient à une téléconférence par semaine avec le chef de projet. Durant le restant de leur temps, les champions modifiaient les procédures locales afin d'intégrer la TPSN, faisaient des audits des notes au dossier et collectaient des données pour l'évaluation du projet.

Selon les auteurs, il s'agit de la plus grande étude à ce jour explorant la mise en œuvre de la TPSN. Ils ont conclu que l'implantation selon un modèle de gestion du changement avec l'utilisation de nutritionnistes champions, est une approche à privilégier. Le fait d'avoir un diététiste « champion » permet de mieux adapter le modèle de gestion du changement selon le milieu (ressources disponibles, culture, etc.). L'importance de l'appui et de l'encouragement de la part du gestionnaire a été un des principaux facteurs facilitants identifiés par les répondants du sondage ASK NCP post-implantation. D'autres agents facilitants identifiés étaient les ateliers, le soutien du diététiste « champion » et les ressources (guide de poche). Les auteurs ont souligné l'importance de créer des stratégies durables pour un soutien continu après la mise en

œuvre initiale (formation, ressources, audit, etc.). Les limites de l'étude étaient que seulement le tiers des 301 diététistes inclus dans l'étude (n=86) ont répondu au sondage pré et post-implantation. De plus, les résultats intègrent les données des diététistes champions.

En résumé, l'étude de Porter et al. [57] a généré des données quantitatives en comparant un groupe d'intervention, implantant le PSN selon un processus de gestion du changement, avec un groupe témoin. Même si la taille de l'échantillon n'a pas pu permettre d'avoir des résultats significativement différents entre les groupes, les résultats méritent de poursuivre le travail. L'étude de Vivanti et al. [58], en plus d'étudier l'implantation selon un modèle de gestion du changement, a examiné l'influence qu'un diététiste « champion » pouvait avoir sur le processus. Les résultats étaient positifs mais ces résultats ne pouvaient pas distinguer ce qui avait eu le plus d'impact : est-ce que les résultats auraient été similaires en utilisant des diététistes « champions » sans employer un modèle de gestion du changement ? Donc, des recherches futures pourront clarifier ce questionnement. De plus, ces deux études se sont penchées sur l'implantation du TPSN de la deuxième étape du PSN, soit le diagnostic nutritionnel. Sachant que cette étape est considérée la moins familière auprès des diététistes, est-ce qu'on obtiendra les mêmes résultats lors de l'implantation des autres étapes du PSN ?

En conclusion, les barrières identifiées par la présente recherche sont similaires à celles rapportées par Porter et al. [56] : pas assez de formation continue et soutenue, de support, de vision et de ressources. Puisque que ces barrières concernent surtout des éléments liés à l'implantation du PSN, il est préférable d'utiliser un processus structuré de mise en œuvre pour faciliter le changement, comme celui de Kotter ; processus de gestion de changement suggéré aux chefs de service des deux milieux de recherche.

IX. Pistes de recherche

Les pistes de recherche encore nécessaires peuvent être regroupées en trois grands sujets d'étude : implantation du PSN selon un modèle de gestion de changement en considérant les coûts associés, validation de la TPSN et documentation dans le dossier médical et éducation / formation continue.

Les études futures pourront inclure des analyses sur les coûts de l'implantation du PSN ; ces informations pourront être utiles afin de quantifier la perte de productivité au cours de l'implantation, s'il y a lieu, et de déterminer le coût total de la mise en œuvre. Ces données pourront assister les gestionnaires à mieux planifier le budget à allouer pour à tel changement de pratique professionnelle.

Une autre piste de recherche à développer est liée à la terminologie. Plusieurs nutritionnistes des deux milieux de recherche ont soulevé que la terminologie du diagnostic nutritionnel n'est pas toujours adaptée, spécifique et pertinente, surtout dans les cas plus complexes. La terminologie des diagnostics nutritionnels doit être validée pour que les nutritionnistes soient précis et confiants à employer ces termes. De plus, il est nécessaire que ces termes représentent les réalités de la pratique. Selon Ritter-Gooder et al. [59], les modèles utilisés dans les études de validation des termes des soins infirmiers, peuvent être employés pour valider les termes du diagnostic nutritionnel. Un modèle de validation permet de comparer la terminologie avec différentes études, où chaque terme est noté par des diététistes dans différents contextes de pratique ou avec des populations de patients différents. La validation se fait en deux phases : des tests avec des experts et des tests en milieux cliniques. Lors de la phase de validation avec les experts en nutrition, le contenu des termes est analysé : la pertinence, la spécificité et la clarté du terme sont classés utilisant une échelle quantitative de type Likert. Dans la deuxième phase de validation, les termes du diagnostic nutritionnel sont étudiés dans le cadre clinique afin de fournir une image globale de la validité du contenu. Les cliniciens indépendants observent et évaluent les étiologies et les signes / symptômes chez les patients où un diagnostic nutritionnel leur a déjà été attribué par un expert clinique autre que les observateurs.

En plus des études de validation du contenu des termes, il doit y avoir aussi des études de fiabilité clinique pour que les termes de diagnostic nutritionnel soient adaptés et applicables dans la pratique. Selon Enrione et al. [60], jusqu'à date, il existe quatre études de validation de contenu et une étude de fiabilité clinique, ne permettant pas d'établir pleinement et avec précision la fiabilité et la validité des termes du diagnostic nutritionnel. Les études qui indiquent si les diagnostics nutritionnels sont cliniquement fiables et valides augmentent la spécificité de la TPSN. La fiabilité clinique assure une variabilité minimale parmi et entre les nutritionnistes dans le choix d'un diagnostic nutritionnel ; elle indique si ceux-ci perçoivent et interprètent les données d'évaluation nutritionnelle de la même façon et, par conséquent, assignent le même diagnostic. En 2016, Enrione et al. [60] ont publié une étude afin d'examiner la fiabilité et la validité des termes du diagnostic nutritionnel en milieu clinique. En bref, deux diététistes ont évalué indépendamment les données nutritionnelles disponibles du même patient, puis chacun a sélectionné un diagnostic nutritionnel avec les étiologies et les signes / symptômes. Neuf paires de nutritionnistes ont participé à l'étude. Les résultats ont démontré que lorsque ces nutritionnistes savaient qu'il y avait un problème de nutrition, ils n'étaient pas d'accord sur le diagnostic ; cependant, lorsque le même diagnostic a été identifié, l'accord était élevé sur les étiologies et les signes / symptômes. Ces nutritionnistes devaient déterminer seulement un diagnostic parmi 62 termes existants, une tâche possiblement complexe. Les auteurs suggèrent que les résultats auraient été différents si les nutritionnistes pouvaient déterminer plus qu'un diagnostic nutritionnel. D'autres études plus approfondies avec de plus grands échantillons sont nécessaires, ils recommandent des études cliniques de fiabilité et de validité supplémentaires pour affiner le langage normalisé pour qu'il corresponde aux besoins et réalités des utilisateurs et de reproduire des études dans tous les domaines de la pratique clinique pour identifier les cohérences et les incohérences des diagnostics selon les différentes spécialités.

Un langage validé facilitera la documentation des soins en nutrition. Une documentation adéquate dans le dossier médical est importante pour la qualité des soins de santé et la sécurité des patients. Elle facilite la communication, la continuité des soins, la coordination du traitement et l'évaluation des résultats des patients. Il existe peu d'études sur la qualité de la documentation des diététistes dans les dossiers médicaux ; seulement quelques instruments d'audit ont été élaborés et la plupart d'entre eux n'ont pas été validés. À ce sujet, Lövestam et al. [61] ont mené

une étude afin d'élaborer et d'évaluer un instrument d'audit, basé sur le modèle du PSN, pour la documentation des soins nutritionnels dans les dossiers médicaux en Suède. L'instrument d'audit développé, le *Diet-NCP-Audit*, comporte 14 questions portant sur les quatre étapes du PSN. La validité du contenu de cet instrument a été testée par un groupe d'experts composé de cinq diététistes. Pour analyser la fiabilité inter-évaluateurs, quatre diététistes avec diverses expériences ont examiné 20 notes de nutritionnistes provenant de dossiers médicaux électroniques indépendamment, en utilisant l'instrument d'audit. Les auteurs ont conclu que le *Diet-NCP-Audit* a une grande validité de contenu et une fiabilité modérée à élevée et peut être utilisé pour évaluer des notes diététiques dans les dossiers médicaux électroniques suédois. Par contre, ils suggèrent de mener d'autres études afin de valider davantage l'instrument dans différents milieux de pratique, et ce de d'autres pays utilisant d'autres systèmes de documentation (par exemple : papier). Avec un instrument d'audit fiable, rigoureux et validé, il sera possible de déterminer s'il y a des éléments de la documentation à améliorer, par conséquent, des éléments de la TPSN à améliorer. Il permettra aussi de comparer les résultats dans le temps et entre différentes installations.

Afin de pouvoir implanter le modèle du PSN et sa terminologie à travers les installations de soins de santé au Québec, les programmes d'éducation des futurs diététistes et ceux de formation continue des nutritionnistes pratiquantes doivent être étudiés afin de vérifier s'ils répondent bien aux besoins d'apprentissage et produisent les résultats attendus. Une étude menée au Québec par Desroches et al. [62] a examiné, dans trois groupes différents (les chargés d'enseignement clinique en diététique, les nouveaux diplômés en diététique et les stagiaires en diététique) les facteurs psychosociaux qui sous-tendent leur intention d'utiliser le PSN en pratique clinique. Cinquante-cinq participants ont rempli un questionnaire en ligne : 20 chargés d'enseignement clinique, 19 nouveaux diplômés en diététique et 16 stagiaires en diététique. Les résultats ont démontré que, dans les trois groupes, la barrière perçue à l'utilisation du PSN la plus souvent citée était le manque de connaissances, alors que l'élément facilitateur le plus cité était les occasions de formation. Les auteurs ont conclu qu'il existe donc un besoin de formation théorique, en particulier pour les étudiants de premier cycle au niveau universitaire, à travers des séances de formation pratique et appliquée et pour les diététistes par le biais de la formation continue.

Alors les universités offrant le programme de baccalauréat en nutrition au Québec, et peut-être même celles des autres provinces, devront exercer un rôle plus grand dans la formation et la promotion du PSN/TPSN auprès des étudiants et des nutritionnistes. Puisque les notions théoriques ne sont pas suffisantes à la maîtrise du TPSN, les universités doivent s'assurer que les milieux accueillant les stagiaires offrent la possibilité d'approfondir ces notions, de les appliquer et de les maîtriser. Pour ce faire, les nutritionnistes chargées d'enseignement clinique doivent être expérimentées avec le PSN et sa terminologie et susceptibles de transmettre leurs connaissances et leurs expériences aux stagiaires. Les programmes de formation continue peuvent être développés par les universités par l'entremise des organismes rattachés ou associés au département de nutrition (par exemple : *Nutrium*) ou avec la collaboration des associations professionnelles (Diététistes du Canada, Ordre professionnel des diététistes du Québec, etc.). Pour avoir un impact à long terme, les programmes de formation continue ne devraient pas consister seulement d'une journée de formation mais d'activités théoriques et pratiques, sous forme d'ateliers en continu. Le développement de ressources éducatives en ligne serait aussi une autre possibilité permettant, à coût raisonnable, de rejoindre plusieurs nutritionnistes voulant se renseigner sur le PSN.

X. Limites de la recherche

La présente recherche est de nature qualitative : observations en situation menées auprès d'échantillons réduits dans leur milieu naturel, visant à comprendre en profondeur des attitudes ou comportements. Les données sont spécifiques aux groupes de nutritionnistes des deux milieux de recherche et ne représentent pas les attitudes et comportements des autres nutritionnistes. L'objet de l'étude n'était pas la généralisation : le but était de rapporter l'expérience des deux milieux afin d'alimenter les discussions et les recherches futures sur l'implantation du PSN et de sa terminologie au Québec, au Canada et au niveau international.

Une autre limite est le choix d'inclure seulement deux milieux pour participer à l'étude. Possiblement qu'en ayant plus que deux milieux, d'autres observations auraient pu être faites. Par contre, les milieux n'étaient pas tout à fait identiques au niveau de la gestion, des effectifs, des méthodes de travail, des spécialités et de l'organisation (par exemple, l'Hôpital du Sacré-Cœur n'avait pas de services de première ligne); par conséquent, les cheminements et les résultats étaient différents.

Finalement, un autre modèle de gestion de changement, autre que celui de Kotter, aurait pu être utilisé afin d'analyser les données, mais on a pu remarquer que les modèles ont plusieurs éléments en commun et peuvent se résumer avec trois actions : motiver, orienter et tracer le chemin.

Conclusion

Face aux environnements politiques, économiques et sociétaux déstabilisants, le système de santé canadien et québécois est en constante évolution. Les gouvernements doivent s'adapter afin de préserver des soins et services de qualité à la population. Pour ce faire, la documentation des services cliniques au sein des systèmes de soins de santé est devenue de plus en plus importante car l'information est nécessaire afin d'évaluer l'efficience et l'efficacité des soins et services à la population. Étant donné les multiples utilisateurs qui dépendent de l'information sur les soins de santé inclut dans le dossier patient, il est impératif que les nutritionnistes/diététistes mettent en œuvre un processus de soins nutritionnels standardisés et un langage normalisé pour documenter de façon exhaustive et de communiquer des informations significatives concernant leur rôle dans l'amélioration de la santé des patients. Un ensemble de travaux a mené au développement et à l'adoption d'un processus normalisé de soins nutritionnels pour la profession, soit le Processus de soins en nutrition (PSN). Ce modèle fournit une approche méthodique qui encourage la pensée critique et la résolution de problèmes dans le but d'améliorer l'impact des interventions en nutrition. De plus, la terminologie du processus de soins en nutrition (TPSN) fournit une approche uniforme pour la documentation de l'information nutritionnelle essentielle dans les dossiers médicaux.

Par contre, son implantation à travers le Québec n'est pas encore répandue. Les principaux obstacles à la mise en œuvre du TPSN sont en grande partie liés à l'engagement des nutritionnistes, à la formation et aux contraintes de temps. Les diététistes ont souvent des charges de travail exigeantes qui ne laissent pas beaucoup de place à la flexibilité. Pratiquer selon les méthodes du statu quo est souvent plus facile que d'adopter une nouvelle pratique professionnelle, changeant en même temps le processus de pensée et la méthode de travail. L'engagement envers le PSN exige une volonté de changement et de dévouement de la part des nutritionnistes gestionnaires et cliniciennes, en plus d'un investissement de temps et de ressources (financières, matérielles, humaines, etc.).

En suivant des stratégies d'implantation portant sur des principes de gestion du changement organisationnel et en les ajustant afin de mieux répondre aux besoins de l'établissement, l'implantation du PSN sera facilitée. Comme pour d'autres changements

nouveaux dans la pratique, ce processus peut être long mais l'appui continu des universités et des associations professionnelles est essentiel.

Bibliographie

1. Desrosiers, G. and Gaumer, B. *Réformes et tentatives de réformes du réseau de la santé du Québec contemporain : une histoire tourmentée*. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, 2004. **10**(1): p. 8-20.
2. Grenier, J., Bourque, M. et al. *L'évolution des services sociaux du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. La NGP ou le démentèlement progressif des services sociaux*. Université du Québec en Outaouais, Campus St-Jérôme, 2014.
3. Gouvernement du Québec (MSSS). *Réorganisation du réseau*. 2016 Accessed on 2016-11-15; Available from: <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/reorganisation/>.
4. Gouvernement du Québec (MSSS). *Système de santé et de services sociaux en bref*. 2016 Accessed on 2016-11-15; Available from: <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/en-bref/>.
5. OPDQ. *Histoire de la profession*. 2016 Accessed on 2016-11-16; Available from: <http://opdq.org/qui-sommes-nous/histoire-de-la-profession/>.
6. OPDQ, *60e Rapport annuel*. 2016.
7. Dietitians of Canada. *Mission, Vision & Values*. 2016 Accessed on 2016-11-16; Available from: <http://www.dietitians.ca/About-Us/MissionVisionValues.aspx>.
8. OPDQ. *Mission*. 2016 Accessed on 2016-11-16; Available from: <http://opdq.org/lordre/mission/>.
9. OPDQ, *Guide d'information sur la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. 2002.
10. OPDQ, *Normes de compétences du diététiste en nutrition clinique*, p.7. 2006.
11. OPDQ, *Normes de compétences du diététiste en nutrition clinique, 1 - Annexe B.4-6*. 2006.
12. OPDQ, *Normes de compétences du diététiste en nutrition clinique*, p.9. 2006.
13. Academy of Nutrition and Dietetics. *About us*. 2016 Accessed on 2016-11-17; Available from: <http://www.eatrightpro.org/resources/about-us>.
14. Academy of Nutrition and Dietetics. *Academy Vision and Mission*. 2016 Accessed on 2016-11-17; Available from: <http://www.eatrightpro.org/resources/about-us/academy-vision-and-mission>.
15. Academy Quality Management Committee and Scope of Practice Subcommittee of Quality Management Committee, *Academy of Nutrition and Dietetics: Revised 2012 Standards of Practice in Nutrition Care and Standards of Professional Performance for Registered Dietitians*. J Acad Nutr Diet, 2013. **113**(6 Suppl 2): p. S29-45.
16. Lacey, K. and Pritchett, E. *Nutrition Care Process and Model: ADA Adopts Road Map to Quality Care and Outcomes Management*. J Am Diet Assoc, 2003. **103**(8): p. 1061-1072.
17. Trombley, L., Driscoll, E. and Rodrigues, L. *Effectiveness of Nutrition Intervention in Meeting Outcome Goals in Clients with HIV/AIDS*. J Am Diet Assoc, 2008. **108**(9): p. A-9.
18. Harrington, B., Bowling, E. and DiChello, S. *Clinical Dietitian Perception of the Nutrition Care Process*. Future Dimensions in Clinical Nutrition Management., 2009. **28**(1).

19. Galibois, I., *Guide de poche. Manuel de référence de la terminologie internationale de diététique et de nutrition (TIDN). Terminologie normalisée pour le processus de soins en nutrition*. 2013: Presses de l'Université de Laval.
20. Academy of Nutrition and Dietetics. *Le modèle du processus de soins en nutrition*. 2016 Accessed on 2016-11-16; Available from: <https://ncpt.webauthor.com/pubs/idnt-fr/ncp-model>.
21. Writing Group of the Nutrition Care Process/Standardized Language, C., *Nutrition care process and model part I: the 2008 update*. J Am Diet Assoc, 2008. **108**(7): p. 1113-7.
22. Atkins, M., et al., *Canadian Perspectives on the Nutrition Care Process and International Dietetics and Nutrition Terminology*. Can J Diet Pract Res, 2010. **71**(2): p. e18-20.
23. Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, *Le raisonnement clinique et le diagnostic du physiothérapeute au cœur de nos professions*. 2017 Accessed on 2017-03-14; Available from: <https://oppq.qc.ca/membres/publications/physioquebec/le-raisonnement-clinique-et-le-diagnostic-du-physiotherapeute-au-coeur-de-nos-professions/>.
24. Writing Group of the Nutrition Care Process/Standardized Language, *Nutrition care process part II: using the International Dietetics and Nutrition Terminology to document the nutrition care process*. J Am Diet Assoc, 2008. **108**(8): p. 1287-93.
25. Hakel-Smith, N. and Lewis, N.M. *A Standardized Nutrition Care Process and Language are Essential Components of a Conceptual Model to Guide and Document Nutrition Care and Patient Outcomes*. J Am Diet Assoc, 2004. **104**(12): p. 1878-1884.
26. Atkins, M., Basualdo-Hammond, C. and Hotson, B. *Perspectives canadiennes sur le Processus de soins en nutrition et la Terminologie internationale de diététique et de nutrition*. Can J Diet Pract Res, 2010, mise à jour 2012. **71**(2): p. e18-20.
27. Charney, P. et al., *Reliability of Nutrition Diagnostic Labels when used by Registered Dietitians at three Levels of Practice*. J Am Diet Assoc, 2006. **106** (Suppl 2)(8): p. A12.
28. Enrione, E., *Content Validation of Nutrition Diagnoses*. Top Clin Nutr, 2008. **23**(4): p. 306-319.
29. Enrione, E.B. and Guzman, K. *Content Validation of Nutrition Diagnoses by Members of the Oncology Nutrition Dietetic Practice Group*. Top Clin Nutr, 2010. **25**(3): p. 213-235.
30. Academy of Nutrition and Dietetics. Nutrition Terminology Reference Manual (eNCPT): Dietetics Language for Nutrition Care. *Terminology Submission Instructions*. 2016 Accessed on 2016-11-30; Available from: <https://ncpt.webauthor.com/terminology-submission-process>.
31. Academy of Nutrition and Dietetics. Nutrition Terminology Reference Manual (eNCPT): Dietetics Language for Nutrition Care. *NCPT Synonyms*. 2016 Accessed on 2016-11-30; Available from: <https://ncpt.webauthor.com/92623>.
32. Academy of Nutrition and Dietetics. Nutrition Terminology Reference Manual (eNCPT): Dietetics Language for Nutrition Care. 2016 Accessed on 2016-11-29; Available from: <https://ncpt.webauthor.com/>.
33. Academy of Nutrition and Dietetics. Nutrition Terminology Reference Manual (eNCPT): Dietetics Language for Nutrition Care. *International Collaboration and Translations*. 2016 Accessed on 2016-11-29; Available from: <https://ncpt.webauthor.com/international-collaboration>.

34. Ichimasa, A., *Review of the Effectiveness of the Nutrition Care Process* Journal of Nutritional Science and Vitaminology, 2015. **61**: p. S41-S43.
35. Corado, L. and Pascual, R. *Successes in Implementing the Nutrition Care Process and Standardized Language in Clinical Practice*. J Am Diet Assoc, 2008. **108**(9): p. A42.
36. Trombley, L. and Rodrigues, L. *Implementation of the Nutrition Care Process in the Affinity Patient Charting System*. J Am Diet Assoc, 2008. **108**(9 Suppl): p. A9.
37. Rossi, M., Campbell, K.L. and Ferguson, M. *Implementation of the Nutrition Care Process and International Dietetics and Nutrition Terminology in a single-center hemodialysis unit: comparing paper vs electronic records*. J Acad Nutr Diet, 2014. **114**(1): p. 124-130.
38. Copes, L. and Ramsay, K. *Using the Standardized Language for the Nutrition Care Process in the Electronic Health Record to Measure and Report Nutrition Care Outcomes*. J Am Diet Assoc, 2010. **110**(9 Suppl): p. A86.
39. Shiner, R., Gavin, A. and Roberts, S. *The Nutrition Care Process in the Acute Care: Identifying Common Nutrition Diagnoses and Resolution Rate*. J Am Diet Assoc, 2010. **110**(9 Suppl): p. A85.
40. Allaire-Pittz, J., *Use of Physician Order Form in the Nutrition Care*. J Am Diet Assoc, 2008. **108**(9 (Suppl)): p. A43.
41. Les diététistes du Canada, *Une vision pour les diététistes en 2020*. 2007.
42. Academy of Nutrition and Dietetics. Nutrition Terminology Reference Manual (eNCPT): Dietetics Language for Nutrition Care. *Survey Results*. 2016 Accessed on 2016-12-02; Available from: <https://ncpt.webauthor.com/survey-results>.
43. EFAD Professional Practice Committee (PPC), *Vision paper: The implementation of a Nutrition Care Process (NCP) and Standardized Language (SL) among dietitians in Europe*. 2014.
44. Kotter, J.P., *Leading Change*. 2012, USA: Harvard Business Review Press.
45. *Rapport annuel 2013-2014*. Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal.
46. *Rapport annuel de gestion 2012-2013*. CSSS Champlain - Charles-Le Moyne.
47. Johnson, S., *Qui a piqué mon fromage? Comment s'adapter au changement au travail, en famille et en amour*. 2016: Michel Lafond.
48. Kotter International. *The 8-Step Process for Leading Change*. 2016 Accessed on 2016-12-08; Available from: <http://www.kotterinternational.com/the-8-step-process-for-leading-change/>.
49. Prosci, *Best Practices in Change management, Executive Summary*. 2016.
50. Colletterte, P., *Pour une gestion du changement disciplinée dans l'administration publique*. Téléscope, 2008. **14**(3): p. 33-49.
51. Bareil, C., *Gérer le volet humain du changement*. 2004: Les Editions Transcontinental, Les Editions de la Fondation de l'entrepreneurship.
52. Ball, L., et al., *A cross-sectional exploration of the personality traits of dietitians*. J Hum Nutr Diet, 2015. **28**: p. 502-509.
53. Maletto, M., *La gestion du changement: comment faire adhérer le personnel*. 2011: Editions Maletto.
54. Parrott, J.S., Galeos, A. and Rigassio-Radler, D. *Colleague Influence Predicts the Use of the International Dietetics and Nutrition Terminology in Dietetics Practice*. Top Clin Nutr, 2012. **27**(1): p. 2-20.

55. Gardner-Cardani, J., Yonkoski, D. and Kerestes, J. *Nutrition Care Process Implementation: A Change Management Perspective*. J Am Diet Assoc, 2007. **107**(8): p. 1429-1433.
56. Porter, J.M. et al., *Development of a Nutrition Care Process Implementation Package for Hospital Dietetic Departments*. Nutrition & Dietetics, 2015. **72**(3): p. 205-212.
57. Porter, J.M., Devine, A. and O'Sullivan, T.A. *Evaluation of a Nutrition Care Process Implementation Package in Hospital Dietetic Departments*. Nutrition & Dietetics, 2015. **72**(3): p. 213-221.
58. Vivanti, A. et al., *Increased Familiarity, Knowledge and Confidence with Nutrition Care Process Terminology Following Implementation Across a Statewide Health-Care System*. Nutrition & Dietetics, 2015. **72**(3): p. 222-231.
59. Ritter-Gooder, P. and Lewis, N.M. *Validation of Nutrition Standardized Language-Next Steps*. J Am Diet Assoc, 2010. **110**(6): p. 832-835.
60. Enrione, E.B., Reed, D. and Myers, E.F. *Limited Agreement on Etiologies and Signs/Symptoms among Registered Dietitian Nutritionists in Clinical Practice*. J Acad Nutr Diet, 2016. **116**(7): p. 1178-1186.
61. Lovestam, E. et al., *Evaluation of a Nutrition Care Process-based Audit Instrument, the Diet-NCP-Audit, for Documentation of Dietetic Care in Medical Records*. Scand J Caring Sci, 2014. **28**(2): p. 390-397.
62. Desroches, S. et al., *Psychosocial Factors and Intention to Use the Nutrition Care Process Among Dietitians and Dietetic Interns*. Can J Diet Pract Res, 2014. **75**(1): p. e335-e341.

Annexe 1 : Lettre aux responsables de nutrition clinique

Objet : demande de participants à un projet de recherche de maîtrise

Cherchez-vous une méthode pour supporter la qualité et l'efficacité du travail des nutritionnistes ?

Voulez-vous être capable de pouvoir démontrer l'importance et l'impact des interventions en nutrition ?

Le modèle et processus de soins en nutrition, mis au point par *l'Academy of Nutrition and Dietetics*, adopté par les Diététistes du Canada et internationalement, est un outil à maîtriser.

Le processus de soins en nutrition (PSN) est conçu pour améliorer la constance et la qualité des soins personnalisés prodigués à des patients/clients ainsi que la prévisibilité des résultats des soins. Il n'est pas destiné à uniformiser les soins nutritionnels mais plutôt à établir un processus uniforme de dispensation de soins en intégrant la pensée critique et la résolution de problème. De plus, une terminologie a été développée afin de documenter ces soins nutritionnels. L'utilisation du PSN avec le langage standardisé vise à améliorer la communication et aussi fournir des statistiques à des fins d'amélioration de la qualité.

Mon projet de recherche de maîtrise en nutrition vous propose un accompagnement pour une implantation systémique du processus de soins en nutrition dans votre milieu de travail aux différentes étapes de la démarche. De plus, vous profiterez de mon expérience vécue de la mise en application du PSN à l'Hôpital Santa Cabrini.

Si votre milieu de travail désire explorer comment s'intégrer à mon projet de recherche, ou si vous avez besoin de plus d'informations, n'hésitez pas à me contacter dans les plus brefs délais.

Adriana Fratino, Dt.P.

Étudiante à la maîtrise recherche en nutrition

Université de Montréal



Annexe 2 : Lettre d'acceptation au projet de recherche

Bonjour,

Il me fait plaisir de vous informer que votre établissement est un des deux milieux sur seize qui a été choisi pour faire partie de mon projet de recherche de maîtrise sur l'implantation du processus de soin en nutrition (PSN), car votre organisation possède la plupart des critères recherchés.

Il me fera plaisir de travailler avec vous et votre équipe. Pour cela, j'aimerais que vous confirmiez par courriel votre engagement à participer à mon projet de recherche, où la mise en route est prévue pour l'automne 2014, afin que je joigne votre engagement à mon protocole de recherche pour le comité d'éthique de l'Université de Montréal.

Prochainement, je vais vous contacter afin de planifier une rencontre pour échanger plus en détails sur ma recherche. D'ici là, si vous avez des questions, n'hésitez pas à me contacter par courriel à

ou par téléphone au

Merci encore une fois pour votre intérêt et au plaisir de collaborer bientôt.

Adriana Fratino, Dt.P.
Candidate à la maîtrise recherche
Université de Montréal

Annexe 3 : Lettres d'engagement des milieux

Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Objet : Projet de recherche de maîtrise

Bon matin Adriana,
Quelle belle nouvelle!

Nous sommes certainement ravies de cette opportunité à participer à ton projet de recherche de M.Sc. et par conséquent avoir ton mentorat et expertise dans l'implantation du PSN au sein de notre équipe de diététistes.

■ u plaisir de s'en reparler ou se rencontrer prochainement,

■
Chef de nutrition clinique,
Direction des services cliniques

Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

CSSS Champlain – Charles-Le Moyne

2014-02-21 10:53

Bonjour Adriana,

Merci ! Je suis très très heureuse que vous ayez choisi de privilégier notre établissement et vous confirme notre engagement à participer à votre projet de recherche sur l'implantation du PSN-TIDN débutant en septembre prochain.

J'attends votre demande de rencontre afin que l'on puisse déterminer comment d'ici là nous pouvons nous préparer et poursuivre le travail déjà amorcé par nos équipes de nutritionnistes 1^{ière} et 2^{ième} ligne dans ce projet.

Au plaisir de vous rencontrer prochainement,
Cordialement,

■ Chef de service de nutrition clinique,

Annexe 4 : Lettre aux non participants

Bonjour,

Ceci est pour vous informer que malheureusement votre établissement ne pourra pas faire partie de mon projet de recherche sur l'implantation du processus de soin en nutrition (PSN).

Après maintes réflexions, le choix n'a pas été facile, plus de 15 organisations ont démontré leur intérêt et deux milieux ont été choisis car ils répondaient davantage aux critères pré-établis. La décision de ne retenir que de deux milieux se justifie aussi en termes de faisabilité dans le cadre de mon projet de maîtrise.

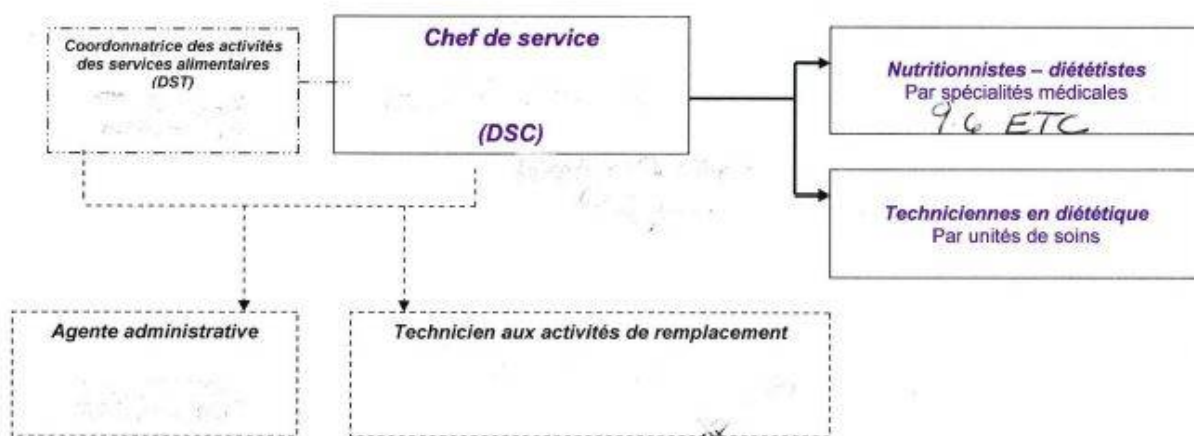
Par contre, si vous désirez profiter de mes services professionnels comme consultante, formatrice ou autres, n'hésitez pas à me contacter par courriel à [REDACTED] ou au [REDACTED].

Merci encore une fois pour votre intérêt et au plaisir de pouvoir collaborer une prochaine fois.


Adriana Fratino, Dt.P.
Candidate à la maîtrise recherche
Université de Montréal

Annexe 5 : Organigramme du service de nutrition clinique de l'Hôpital de Sacré-Cœur de Montréal (HSCM)

Service de nutrition clinique



Annexe 6 : Formulaire de notes au dossier des nutritionnistes de l'HSCM (clientèle hospitalisée)

DOCUMENT DE TRAVAIL	
	
N/E : non évalué N/O : non observé N/D : non disponible	
Personne ressource :	Téléphone :
RAISON D'ADMISSION (Date d'admission :)	
RAISON DE LA CONSULTATION (Date de référence :)	
Référé par : Médecin <input type="checkbox"/> infirmière <input type="checkbox"/> Dépistage <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	
INFORMATIONS GÉNÉRALES	
Âge : Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Langue parlée : Situation sociale :	
RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX	
ATCD :	
HMA et examens pertinents :	
LABOS	
MÉDICAMENTS ACTUELS	
Nutritionniste :	Date :



DOCUMENT DE TRAVAIL

Service de nutrition clinique
Consultation en nutrition

N/E : non évalué N/O : non observé N/D : non disponible

ÉVALUATION NUTRITIONNELLE

ANTHROPOMÉTRIE

Taille (m)	Poids Habituel (kg)	Poids Admission (kg)	Poids Actuel (kg)	Poids Idéal (kg)	Poids Ajusté (kg)
	IMC :	IMC :	IMC :	IMC :	IMC :

Rix Pondérale :

Signes physiques : Oedème ☐ Force musculaire ☐ Force adipeuse ☐ Autres ☐

SYMPTÔMES CLINIQUES

	Pré-admission		Actuel	
Perte d'appétit	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Dysgueusie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Nausées / Vomissements	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
RGO	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Diarrhées / Constipation	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Douleur abdominale	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Dysphagie	Solide <input type="checkbox"/> Liquide <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> À évaluer <input type="checkbox"/>		Solide <input type="checkbox"/> Liquide <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> À évaluer <input type="checkbox"/>	

HABITUDES DE VIE

Tabac : _____ R-OH : _____ Drogue : _____

Exercice : _____

Allergies / Intolérances alimentaires : _____

Aversions alimentaires : _____

Suppléments (vitamines, minéraux, nutritifs, produits naturels) : _____

Régime Suivi ou Antérieur : _____

Dentition : Naturelle ☐ Édenté ☐ Prothèses ☐

Autonomie à l'alimentation : Seule ☐ Supervisée ☐ Aide partielle ☐ Aide totale ☐

APPORT ALIMENTAIRE

Pré-admission	Actuel

Autres particularités / commentaires :

Nutritionniste :

Date :

NUTRITION

2



CENTRE DE NUTRITION CLINIQUE
CHU de Québec

1010 St-Jacques St E

DOCUMENT DE TRAVAIL

Service de nutrition clinique Consultation en nutrition

NE : non évalué / NO : non observé / ND : non disponible

BESOINS NUTRITIONNELS

Énergie :	kcal / kg	(Poids :)	soit	kcal / jour
Protéines :	g / kg	(Poids :)	soit	g / jour
Hydrates :	ml / kg	(Poids :)	soit	ml / jour
Autres :				

ANALYSE :

PLAN DE SOINS NUTRITIONNELS SUGGÉRÉ

☐ Voie orale. Régime :

☐ NPO :

Support nutritionnel :

☐ Suppléments nutritifs oraux :

☐ NE (Via :) :

☐ NP :

☐ Vitamines-Minéraux :

Autres :

Nutritionniste :

Date :

NUTRITION

3

Annexe 7 : Organigramme du CSSS Champlain–Charles-Le Moyne (CSSS)



Annexe 8 : Formulaire de notes au dossier des nutritionnistes du CSSS (clientèle hospitalisée)

Centre de santé et de services sociaux
Champlain—Charles-Le Moyne

NUTRITION CLINIQUE - CLIENTÈLE HOSPITALISÉE
ÉVALUATION NUTRITIONNELLE

Date: _____
Requérant: _____
Motif de consultation: _____

INFORMATIONS GÉNÉRALES											
Raison d'admission											
Histoire médicale actuelle											
Antécédents personnels											
Antécédents familiaux											
Allergie / Intolérances alimentaires									Réaction:		
									Réaction:		
MÉDICATIONS ET SUPPLÉMENTS											
Médication	Hospitalisation:										
	Domicile:										
Interactions médicaments / nutriments											
Suppléments et produits naturels											
Soluté (s)											
RÉSULTATS D'ANALYSES - PARAMÈTRES LABORATOIRE PERTINENTS											
Date:											
Autres examens pertinents:											

version 2012-07-10

Page 1 de 6

RESULTATS D'ANALYSE - PARAMETRES LABORATOIRE PERTINENTS (suite)					
Bilan hydrique					
Ingesta (mL)					
Excreta (mL)					
Balance					
Diurèse:					Protéinurie: g/L
Glycémies capillaires					
Date	Déjeuner	Dîner	Souper	Coucher	Commentaires
HISTOIRE SOCIALE ET HABITUDES DE VIE					
Vit seul (e)	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Avec:				
État cognitif	Test cognitif:				
Autonomie	Mobilité:				
	Vision: Oufé:				
Situation familiale et sociale					
Particularité(s) culturelle(s)					
Alcool					
Tabagisme	Drogue:				
Activité physique					
Sommeil					
HISTOIRE NUTRITIONNELLE					
Consultation(s) antérieure(s) en nutrition					
Histoire nutritionnelle actuelle					
Appétit	Stable: <input type="checkbox"/> ↑ <input type="checkbox"/> ↓ <input type="checkbox"/>				
Satiété	Adéquate <input type="checkbox"/> Précoce <input type="checkbox"/> Plénitude <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/>				
Contexte usuel des repas (rythme prandial, horaire)					
	Mange la nuit <input type="checkbox"/>				
Logistique alimentaire	Épicerie:				
	Préparation des repas:				
	Autonomie à l'alimentation:				
Mastication et déglutition	Dents naturelles ↑ <input type="checkbox"/> ↓ <input type="checkbox"/> Prothèse ↑ <input type="checkbox"/> ↓ <input type="checkbox"/>				
Symptômes digestifs	Aucun <input type="checkbox"/> Nausées <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> RGO <input type="checkbox"/>				
	Autres:				
Élimination	Normale <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/>				
	Ballonnements <input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/>				
	Autres:				
Signes cliniques					

NUTRITION CLINIQUE
ÉVALUATION NUTRITIONNELLE
PATIENTS HOSPITALISÉS

ANTHROPOMETRIE																													
Taille: cm ()*			IMC: Insuffisant <input type="checkbox"/> Surpoids <input type="checkbox"/>																										
Poids actuel: kg ()* IMC			Santé <input type="checkbox"/> Obésité 1 2 3 <input type="checkbox"/>																										
Poids	Habituel	kg ()*	IMC:	TT:	cm																								
	Ajusté	kg	IMC:																										
	Santé	kg	IMC:																										
	Visé	kg	IMC:																										
*Particularités: A=ascite AN=anasarque D=déshydraté OMI=œdème R=rapporté V=vêtu lourdement																													
Histoire pondérale																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Date</th> <th>Poids (kg)</th> <th>IMC</th> <th>Date</th> <th>Poids (kg)</th> <th>IMC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>						Date	Poids (kg)	IMC	Date	Poids (kg)	IMC																		
Date	Poids (kg)	IMC	Date	Poids (kg)	IMC																								
Stable <input type="checkbox"/> Perte <input type="checkbox"/> Gain <input type="checkbox"/> kg () % depuis																													
Autres:																													
ESTIMATION DES APPORTS ET BESOINS NUTRITIONNELS																													
*Origine des données	Relevé alimentaire <input type="checkbox"/>		Formule utilisée:																										
	Questionnaire de fréquence <input type="checkbox"/>		Facteur d'activité: Facteur de stress:																										
	Usuels			Actuels																									
	Besoins	Apports	% des besoins rencontrés	Besoins	Apports	% des besoins rencontrés																							
Énergie	kcal			kcal																									
Protéines	g			g																									
Liquides	ml																												
				ml																									
Répartition glucidique:																													
Déjeuner				Collation AM																									
Dîner				Collation PM																									
Souper				Collation HS																									
Commentaire:																													

ANALYSE ET AUTRES OBSERVATIONS



NUTRITION CLINIQUE - PATIENTS HOSPITALISÉS
ÉVALUATION NUTRITIONNELLE

CONCLUSIONS CLINIQUES	
Etat nutritionnel	
Etat d'hydratation	
Problèmes Identifiés	
PLAN DE TRAITEMENT NUTRITIONNEL	
Objectifs	
Stratégies d'intervention et recommandations	
Consentement	
Compréhension	
Motivation / collaboration	

Annexe 9 : Grille de discussion sur les 8 étapes de Kotter¹

8 étapes	Questions	Réponses
1. Créer un sentiment d'urgence à agir	Pouvez-vous me rappeler quel élément déclencheur a mené votre organisation à vouloir implanter le PSN ?	
	Pourquoi maintenant ?	
	Pourquoi ne pas attendre l'expérience des autres milieux ? Ou bien attendre lorsqu'il sera peut-être exigé éventuellement par l'OPDQ ?	
	A-t-il été démontré que le statu quo n'était plus acceptable ?	
	Est-ce que les difficultés étaient sous estimées initialement ?	
	Le côté émotionnel des personnes a-t-il été adressé ?	
	Est-ce que tous les risques ont été pesés avant de débiter le projet ?	
	Les résistances au changement ont-elles été prises en compte ?	
2. Former une coalition	Est-ce qu'une coalition a été formée ?	
	Si non, pourquoi ?	
	Si oui, est-ce qu'elle était composée des bonnes personnes avec des talents différents et complémentaires ?	
	Est-ce que l'équipe a été engagée, dédiée et enthousiaste pendant tous les stades de l'implantation du PSN ?	
	Est-ce que les membres de la coalition ont pu se disséminer à travers l'organisation ?	
3. Développer une vision et une stratégie	Est-ce que la vision était claire, simple et mobilisatrice, donnant un sens et un but sur lequel les	

¹ Grille inspirée de Kotter, J.P., *Leading Change*. 2012, USA: Harvard Business Review Press.

	contributions individuelles devaient s'aligner ?	
	Est-ce que la vision était inspirante, rassurante et motivante ?	
4. Communiquer la vision	Est-ce que la communication était préparée, maîtrisée et cohérente ?	
	Est-ce que plusieurs moyens de communication (réunions, mémo, courriel, etc.) ont été utilisés ?	
	Est-ce que la communication a été continue ?	
5. Lever les obstacles au changement	Quelles ont été les obstacles au changement ?	
	Est-ce que des moyens ont été utilisés pour lever ces obstacles ?	
	Est-ce qu'il a eu assez de formation ?	
	Est-ce que le format des formations était adéquat ?	
	Est-ce qu'il y a eu assez de ressources pour réaliser le changement (matérielle, humaine, financière, etc.) ?	
	Est-ce que les participants ont reçus du feedback positif et constructif au cours du changement ?	
6. Démontrer des résultats (gains) à court terme	Est-ce que des résultats visibles ont été démontrés ?	
	Est-ce qu'un audit a été fait ou à venir ?	
	Est-ce que la victoire a été célébrée trop rapidement ?	
7. Bâtir sur les premiers résultats pour accélérer le changement	Est-ce qu'il y a eu de nouvelles difficultés au cours du changement ?	
	Est-ce que ces difficultés ont été traitées, aplanies ou contournées ? Et comment ?	
8. Ancrer les nouvelles	Avez-vous planifié des stratégies afin de favoriser l'évolution (la continuité)	

pratiques dans la culture de l'organisation	du changement dans votre organisation et s'assurer qu'elle demeure ?	
Autres commentaires :		

Annexe 10 : Lettre de décision du CERES

De : Paré Guillaume [REDACTED]

Envoyé : 30 mai 2014 09:51
[REDACTED]

Objet : RE: Dépôt du protocole de recherche

Bonjour Mme Fratino,

Je viens de prendre connaissance de votre dossier et de votre message vocal laissé plus tôt cette semaine.

Puisque votre projet se réalisera au sein d'un centre affilié à l'UdeM, nommément l'Hôpital du Sacré-Cœur, nous reconnaissons l'approbation éthique qui sera émise par le CER de cet établissement. Par conséquent, le CERES n'étudiera pas votre dossier de recherche.

Pour plus d'information en matière d'éthique de la recherche, des politiques et des procédures, je vous invite à consulter notre section « [Questions et réponses](#) . »

En espérant que ces informations vous éclairent, je vous souhaite une agréable fin de journée.

Cordialement,

Guillaume Paré

Conseiller en éthique de la recherche

Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES)

[REDACTED]

[REDACTED]

Avis de confidentialité : Ce document électronique (incluant tout fichier ou élément qui y est joint) est destiné uniquement à la personne ou à l'entité à qui il est adressé. Il peut contenir des renseignements personnels, confidentiels ou assujettis au secret professionnel. Si vous avez reçu ce document par erreur, il vous est interdit de le reproduire, de le conserver ou d'utiliser les renseignements qui y sont contenus, d'une quelconque manière. Veuillez le détruire et avoir l'obligeance de communiquer avec l'expéditeur, afin qu'il apporte les correctifs requis .

Annexe 11 : Avis de correctifs du CÉR de l'HSCM



HSCM

HÔPITAL DU SACRÉ-CŒUR
DE MONTRÉAL

Donés pour la vie

Comité d'éthique de la recherche et de l'évaluation des technologies de la santé

PAR COURRIEL SEULEMENT

Le 12 septembre 2014

Madame Marie Marquis, D.P., Ph. D.
Département de nutrition
Université de Montréal
C.P. 6128, succursale Centre-Ville
Montréal (Québec) H3C 3J7

Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

N/Ref. : 2014-1086

Objet : Protocole de recherche intitulé « Implantation du processus de soins en nutrition »

Madame,

Les membres du comité d'éthique de la recherche et de l'évaluation des technologies de la santé ont procédé en comité restreint à l'évaluation du protocole mentionné en rubrique selon le processus accéléré d'évaluation d'un projet de recherche. À cette fin, les documents suivants ont été examinés :

- Demande d'évaluation d'un projet de recherche, en date du 15 août 2014
- Protocole, version non datée
- Résumé, en date du 15 août 2014
- Formulaire d'information et de consentement, chefs de service de nutrition clinique, version française, version non datée
- Formulaire d'information et de consentement, diététistes cliniciennes, version française, version non datée
- Communications écrites utilisées pour recruter les milieux - Lettre aux responsables de nutrition clinique
- Correspondance de la directrice de recherche de l'étudiante

Décision - Le protocole a été accepté sous réserve d'apporter des réponses aux commentaires suivants :

- Le Comité considère qu'il y a un problème significatif avec le texte du protocole. En effet, il pourrait s'agir d'une recherche évaluative et non simplement d'un projet clinique tel que présenté. Le projet n'a pas un langage de recherche (ex : Objectif général : accompagner deux services de nutrition... ; Objectifs secondaires : accompagner pendant 6 mois...). Nous suggérons que le dernier objectif puisse être converti en langage de recherche (ex : décrire ou identifier les barrières et les facteurs facilitant...). Les questions pour arriver à cette réponse seraient des listes à cocher ou un classement du verbatim. Ceci demande une recherche qualitative, encore plus difficile pour quelqu'un à la maîtrise qui ne possède pas d'expérience avec cette méthode.

...2

Centre d'études universitaires
supérieures

Bâtiment principal
1100, boul. Gouin Ouest
Montréal (Québec) H4J 1C5

Pauline Allard-Polivert
1100, boul. Gouin Ouest
Montréal (Québec) H4J 1C5

T 514 343-6662
www.hscm.ca

Université de
Montréal

Selon le Comité, l'idéal pourrait être d'identifier les paramètres que l'on souhaite mesurer et de faire une recherche qui évolue en trois points (ex : la nutritionniste formule des objectifs précis et elle note les résultats après 1 mois, 3 mois et 6 mois; la nutritionniste identifie des problèmes à 1 mois, 3 mois et 6 mois et mesure si les problèmes diminuent ou disparaissent, etc.). Il s'agit ici bien évidemment d'une suggestion et non d'une obligation de modification du projet.

- Des corrections au FIC sont demandées. Docteur Madore doit être mentionné comme personne ressource à l'HSOM.

Vous trouverez, en pièce jointe, les corrections demandées au formulaire d'information et de consentement.

Approbation - Dès que nous recevrons vos renseignements, il nous fera plaisir de vous confirmer l'approbation officielle du comité.

Veuillez noter toutefois que cette approbation n'est valable que pour **une année** et qu'elle expirera en octobre 2015. Vous devrez donc, le cas échéant, au moins un mois avant cette date d'expiration, demander le renouvellement de l'approbation du comité en complétant le formulaire que nous vous ferons parvenir. **Autrement, votre projet sera considéré comme terminé.**

Suivi - Par ailleurs, nous profitons de l'occasion pour vous rappeler que le *Règlement sur les normes de fonctionnement du comité d'éthique de la recherche*, dont vous avez reçu copie, prévoit, à son article 11.1, certaines exigences relatives au suivi continu de l'éthique des projets de recherche.

Notamment, vous devrez :

- a) Aviser le comité de toute modification devant être apportée au projet de recherche;
- b) Informer le comité advenant un problème identifié par le promoteur ou un tiers lors d'une vérification (audit);
- c) Informer le comité d'une cessation temporaire ou définitive du projet (avis accompagné d'un rapport de cessation) ;
- d) Informer le comité de la fin du projet (avis accompagné d'un rapport final);
- e) Faire rapport du déroulement du projet au moins une fois par année avec la demande de renouvellement, s'il y a lieu.

En terminant, nous vous demandons de bien vouloir mentionner, dans votre correspondance, le numéro qui a été attribué à votre demande par notre établissement.

Veuillez recevoir, Madame, l'expression de nos sentiments dévoués.

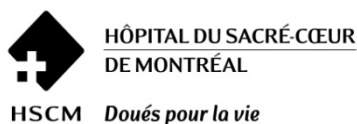


Présidente du Comité d'éthique de la recherche et
de l'évaluation des technologies de la santé

p. j. FIC

c. c. Dr François Madore, directeur du centre de recherche

Annexe 12 : Formulaire de consentement



Formulaire d'information et de consentement¹⁰ Chefs de service de nutrition clinique

TITRE : IMPLANTATION DU PROCESSUS DE SOINS EN NUTRITION

Chercheur principal : Marie Marquis, Dt.P. Ph. D.
Professeure titulaire
Département de nutrition
Université de Montréal
Téléphone : [REDACTED]
Courriel : [REDACTED]

Co-chercheur : François Madore, M.D., MSc. Néphrologue
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
5400, boul. Gouin Ouest, Montréal, QC H4J 1C5
Téléphone : [REDACTED]
Courriel : [REDACTED]

Co-chercheuse étudiante : Adriana Fratino, Dt.P.
Étudiante à la maîtrise recherche
Faculté de médecine – Département de nutrition, Université de Montréal
Téléphone : [REDACTED]
Courriel : [REDACTED]

Description du projet de recherche

L'American Dietetic Association (ADA), maintenant nommé *Academy of Nutrition and Dietetics*, a mis au point le processus de soins en nutrition (PSN) en 2002. Dans le but d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins en nutrition, le PSN utilise un cadre d'évaluation qui comprend l'identification d'objectifs précis ainsi que la surveillance des effets cliniques et sur le comportement des interventions nutritionnelles. Ce cadre fournit une approche méthodique qui encourage la pensée critique et la résolution de problèmes dans le but d'améliorer l'impact des interventions nutritionnelles. Afin de pouvoir mettre en application le PSN, une terminologie normalisée complète relative au PSN a été créée en 2005 par le comité sur le Processus de soins nutritionnels et la Terminologie normalisée (PSN/TN) de l'*Academy of Nutrition and Dietetics*.

¹⁰ L'expression « sujet de recherche » couvre la notion de participant à un projet de recherche. Le genre masculin, employé pour alléger le texte, désigne autant les femmes que les hommes.

Au Québec, le Processus de soins en nutrition est peu utilisé, les organisations appréhendent que l'implantation sera ardue mais elles sont motivées à le faire. Ce projet de recherche a comme objectif principal d'accompagner les nutritionnistes de deux services de nutrition clinique du réseau social de la santé du Québec dans le déploiement du Processus de soins en nutrition (PSN). Les données recueillies pourront bénéficier aux autres organisations qui voudront l'implanter dans leur milieu de travail.

Nature, durée et conditions de la participation

Votre milieu est un des deux retenus parmi plusieurs, ayant démontré un intérêt à participer au projet de recherche. Au total, environ 45 diététistes cliniciennes de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et du CSSS Champlain Charles Le Moyne sont impliquées.

Des rencontres préliminaires (2) sont prévues pour recevoir le modèle de processus de changement en 8 étapes de John P. Kotter. Au courant de l'implantation, d'une durée approximative de 6 mois, les barrières et les facteurs facilitant le déploiement seront documentés. Vous serez invité à partager vos impressions à l'égard du changement. Il y aura quelques rencontres (au moins 8 rencontres ou plus selon les besoins) dans votre milieu de travail qui seront enregistrées pour faciliter les analyses. Par la suite, une rétroaction est attendue au constat général.

Avantages et bénéfices

Les données recueillies dans le cadre de ce projet permettront l'avancement des connaissances dans le domaine de la nutrition et de notre profession.

Le processus de soins est conçu pour améliorer la constance et la qualité des soins personnalisés prodigués à des patients/clients ou à des groupes ainsi que la prévisibilité des résultats des soins. La TIDN fournit une approche uniforme pour la documentation de l'information nutritionnelle essentielle dans les dossiers médicaux et il a été démontré que le temps consacré à la documentation est diminué, améliorant ainsi la productivité des diététistes.

Compensation

Aucune compensation financière n'est prévue.

Diffusion des résultats

Les résultats seront diffusés lors de congrès, conférences ou symposiums en nutrition. Ces derniers pourront faire l'objet d'articles publiés et pourront servir à titre de matériel d'enseignement.

Les participants pourront être informés directement des résultats s'ils en font la demande au responsable de la recherche.

Protection de la confidentialité

Votre identité sera préservée. Puisque la confidentialité des données recueillies est assurée, le seul inconvénient lié à la participation à cette étude, est le temps requis pour implanter le PSN et les rencontres de suivi.

Votre participation demeure strictement confidentielle. Les informations obtenues dans ce projet (notes de rencontres et enregistrement) ne serviront qu'à la recherche, après quoi elles seront conservées au bureau du chercheur principal dans un classeur sous clé, à l'Université de Montréal. Les enregistrements seront détruits après le dépôt de la recherche.

Droit de retrait

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à ce projet de recherche. Vous pouvez vous retirer de cette étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison. Vous avez simplement à aviser la responsable de la recherche et ce, par simple avis verbal.

Responsabilité de l'équipe de recherche

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

Personnes-ressources

Si vous avez des questions au sujet de ce projet de recherche, ou si vous pensez avoir un problème concernant votre participation au projet de recherche, vous pouvez contacter : Adriana Fratino, Dt.P., au [REDACTED] ou à [REDACTED] ou Marie Marquis, Dt.P, PhD, au [REDACTED], [REDACTED] ou à [REDACTED] pour répondre à vos questions.

Pour toutes questions concernant vos droits en tant que sujet de recherche participant à ce projet de recherche ou si vous avez des commentaires ou désirez soumettre une plainte, vous pouvez communiquer avec la Direction générale de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal au : [REDACTED]
[REDACTED]

Contrôle des aspects éthiques du projet de recherche

Le comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal a approuvé ce projet de recherche et est responsable de s'assurer de son suivi. Tout changement ou toute modification au formulaire d'information/consentement éclairé ou au protocole d'étude doit premièrement être approuvé par la Comité d'éthique de la recherche.

CONSENTEMENT DU PARTICIPANT DE RECHERCHE

Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir à ma participation ou mon refus de participer.

Je peux poser des questions à l'équipe de recherche et demander à obtenir des réponses satisfaisantes.

Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.

J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.

Nom et prénom du participant
(caractère d'imprimerie)

Signature du participant

Date :

SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI A OBTENU LE CONSENTEMENT SI DIFFÉRENT DU CHERCHEUR RESPONSABLE DU PROJET DE RECHERCHE

J'ai expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom et prénom de la personne qui obtient le
consentement
(caractère d'imprimerie)

Signature

Date :

SIGNATURE ET ENGAGEMENT DU CHERCHEUR RESPONSABLE DU PROJET

Je certifie qu'on explique au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au sujet de recherche.

Nom et prénom du chercheur responsable du projet
(caractère d'imprimerie)

Signature du chercheur

Date :

Formulaire d'information et de consentement¹ Diététistes cliniciennes

TITRE : IMPLANTATION DU PROCESSUS DE SOINS EN NUTRITION

Chercheur principal : Marie Marquis, Dt.P. Ph. D.
Professeure titulaire
Département de nutrition
Université de Montréal
Téléphone : (514) [REDACTED]
Courriel : [REDACTED]

Co-chercheur : François Madore, M.D., MSc. Néphrologue
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
5400, boul. Gouin Ouest, Montréal, QC H4J 1C5
Téléphone : [REDACTED]
Courriel : [REDACTED]

Co-chercheure étudiante : Adriana Fratino, Dt.P.
Étudiante à la maîtrise recherche
Faculté de médecine – Département de nutrition, Université de Montréal
Téléphone : [REDACTED]
Courriel : [REDACTED]

Description du projet de recherche

L'American Dietetic Association (ADA), maintenant nommé *Academy of Nutrition and Dietetics*, a mis au point le processus de soins en nutrition (PSN) en 2002. Dans le but d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins en nutrition, le PSN utilise un cadre d'évaluation qui comprend l'identification d'objectifs précis ainsi que la surveillance des effets cliniques et sur le comportement des interventions nutritionnelles. Ce cadre fournit une approche méthodique qui encourage la pensée critique et la résolution de problèmes dans le but d'améliorer l'impact des interventions nutritionnelles. Afin de pouvoir mettre en application le PSN, une terminologie normalisée complète relative au PSN a été créée en 2005 par le comité sur le Processus de soins nutritionnels et la Terminologie normalisée (PSN/TN) de l'*Academy of Nutrition and Dietetics*.

¹ L'expression « sujet de recherche » couvre la notion de participant à un projet de recherche. Le genre masculin, employé pour alléger le texte, désigne autant les femmes que les hommes.

Au Québec, le Processus de soins en nutrition est peu utilisé, les organisations appréhendent que l'implantation sera ardue mais elles sont motivées à le faire. Ce projet de recherche a comme objectif principal d'accompagner les nutritionnistes de deux services de nutrition clinique du réseau social de la santé du Québec dans le déploiement du Processus de soins en nutrition (PSN). Les données recueillies pourront bénéficier aux autres organisations qui voudront l'implanter dans leur milieu de travail.

Nature, durée et conditions de la participation

Votre milieu est un des deux retenus parmi plusieurs, ayant démontré un intérêt à participer au projet de recherche. Au total, environ 45 diététistes cliniciennes de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et du CSSS Champlain Charles Le Moyne sont impliquées.

Au courant de l'implantation, d'une durée approximative de 6 mois, les barrières et les facteurs facilitant le déploiement seront documentés. De plus, vous serez invité à partager vos impressions à l'égard du changement. Il y aura quelques rencontres (au moins 8 rencontres ou plus selon les besoins) dans votre milieu de travail qui seront enregistrées pour faciliter les analyses.

Avantages et bénéfices

Les données recueillies dans le cadre de ce projet permettront l'avancement des connaissances dans le domaine de la nutrition et de notre profession.

Le processus de soins est conçu pour améliorer la constance et la qualité des soins personnalisés prodigués à des patients/clients ou à des groupes ainsi que la prévisibilité des résultats des soins. La TIDN fournit une approche uniforme pour la documentation de l'information nutritionnelle essentielle dans les dossiers médicaux et il a été démontré que le temps consacré à la documentation est diminué, améliorant ainsi la productivité des diététistes.

Compensation

Aucune compensation financière n'est prévue.

Diffusion des résultats

Les résultats seront diffusés lors de congrès, conférences ou symposiums en nutrition. Ces derniers pourront faire l'objet d'articles publiés et pourront servir à titre de matériel d'enseignement.

Les participants pourront être informés directement des résultats s'ils en font la demande au responsable de la recherche.

Protection de la confidentialité

Votre identité sera préservée. Puisque la confidentialité des données recueillies est assurée, le seul inconvénient lié à la participation à cette étude, est le temps requis pour implanter le PSN et les rencontres de suivi.

Votre participation demeure strictement confidentielle. Les informations obtenues dans ce projet (notes de rencontres et enregistrement) ne serviront qu'à la recherche, après quoi elles seront conservées au bureau du chercheur principal dans un classeur sous clé, à l'Université de Montréal. Les enregistrements seront détruits après le dépôt de la recherche.

Droit de retrait

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à ce projet de recherche. Vous pouvez vous retirer de cette étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison. Vous avez simplement à aviser la responsable de la recherche et ce, par simple avis verbal.

Responsabilité de l'équipe de recherche

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

Personnes-ressources

Si vous avez des questions au sujet de ce projet de recherche, ou si vous pensez avoir un problème concernant votre participation au projet de recherche, vous pouvez contacter : Adriana Fratino, Dt.P., au [REDACTED] ou à [REDACTED] [a](#) ou Marie Marquis, Dt.P, PhD, au [REDACTED], [REDACTED] ou à [REDACTED] pour répondre à vos questions.

Pour toutes questions concernant vos droits en tant que sujet de recherche participant à ce projet de recherche ou si vous avez des commentaires ou désirez soumettre une plainte, vous pouvez communiquer avec la Direction générale de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal au : [REDACTED]
[REDACTED]

Contrôle des aspects éthiques du projet de recherche

Le comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal a approuvé ce projet de recherche et est responsable de s'assurer de son suivi. Tout changement ou toute modification au formulaire d'information/consentement éclairé ou au protocole d'étude doit premièrement être approuvé par la Comité d'éthique de la recherche.

CONSENTEMENT DU PARTICIPANT DE RECHERCHE

Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir à ma participation ou mon refus de participer.

Je peux poser des questions à l'équipe de recherche et demander à obtenir des réponses satisfaisantes.

Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.

J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.

Nom et prénom du participant
(caractère d'imprimerie)

Signature du participant

Date :

SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI A OBTENU LE CONSENTEMENT SI DIFFÉRENT DU CHERCHEUR RESPONSABLE DU PROJET DE RECHERCHE

J'ai expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom et prénom de la personne qui obtient le
consentement
(caractère d'imprimerie)

Signature

Date :

SIGNATURE ET ENGAGEMENT DU CHERCHEUR RESPONSABLE DU PROJET

Je certifie qu'on explique au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au sujet de recherche.

Nom et prénom du chercheur responsable du projet
(caractère d'imprimerie)

Signature du chercheur

Date :

Annexe 13 : Décision du CÉR de l'HSCM



HÔPITAL DU SACRÉ-CŒUR
DE MONTRÉAL

HSCM Devote pour la vie



APPROBATION D'UN PROJET DE RECHERCHE

NO DE BOSSIER DU CÉR : 2014-1066

TITRE: Implantation du processus de soins en nutrition

- Demande d'évaluation d'un projet de recherche, en date du 15 août 2014
- Protocole, version non datée
- Résumé, en date du 15 août 2014
- Formulaire d'information et de consentement, chefs de service de nutrition clinique, version française, version non datée
- Formulaire d'information et de consentement, diététistes cliniciennes, version française, version non datée
- Communications écrites utilisées pour recruter les milieux - Lettre aux responsables de nutrition clinique
- Correspondance de la directrice de recherche de l'étudiante

LIEU: Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, 5400, boul. Gouin Ouest, Montréal (Québec) H4J 1C5

CHERCHEUR(S): François Madore, M.D.; Marie Marquis, D.P., Ph. D., département de nutrition, Université de Montréal; Adriana Frattino, D.P., étudiante à la maîtrise, Faculté de médecine, Département de nutrition, Université de Montréal

PROVENANCE DES FONDS: s/o

PROBLÉMATIQUE et
OBJECTIF DE L'ÉTUDE:

- Accompagner deux services de nutrition clinique du réseau social de la santé du Québec dans le déploiement du Processus de soins en nutrition (PSN).
- Accompagner pendant 6 mois les nutritionnistes des deux services de nutrition clinique dans la résolution de problèmes rencontrés lors du déploiement du PSN.
- Documenter les barrières et les facteurs facilitants explicatifs du stade de déploiement du PSN après 6 mois de déploiement

TYPE DE RECHERCHE: Multicentrique, qualitatif, nutrition

NOMBRE DE SUJETS RECRUTÉS À L'HSCM: 15

CONSÉQUENCES ÉTHIQUES: Liberté de participer: Oui Consentement éclairé: Oui
Confidentialité: Oui Liberté d'en sortir sans contrainte: Oui

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT: (2) diététistes cliniciennes et chefs de service de nutrition clinique
Requis: Oui Versions du 22 septembre 2014 - approuvées

DATE FINALE DE L'APPROBATION DU PROJET: Le 29 septembre 2014

DATE DU RAPPORT D'ÉVALUATION AU COMITÉ: Le 7 octobre 2014 (séance plénière)

MEMBRES DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE ET DE L'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ

AVIS
FAVORABLE: APPROUVÉ SELON LE PROCESSUS D'ÉVALUATION ACCÉLÉRÉE PAR:

M. Guy Beaugregard, personne spécialisée en éthique
Dre Chantal Lambert, scientifique non médecin, présidente
Mme Marie-France Thibodeau, scientifique non médecin, vice-présidente

Membres du comité:

Me Marie Boivin, juriste
Mme Henriette Bourassa, membre non affilié représentant la collectivité
Mme Isabelle Larouche, scientifique non-médecin
Mme André Leboeuf, membre non affilié représentant la collectivité
Mme Jadranka Spahija, scientifique non-médecin

[Redacted signature] scientifique médecin
[Redacted signature] scientifique médecin

29.9.2014
Date

N.B.: Le Comité d'éthique de la recherche de l'HSCM poursuit ses activités en accord avec Les bonnes pratiques cliniques (Santé Canada) et tous les règlements applicables.
Ces approbations sont valides pour une période d'un an. Les demandes de renouvellement des avis doivent être faites après cette période.

Annexe 14 : Lettre de précision aux nutritionnistes de l'HSCM

Le 8 décembre 2014

Aux : nutritionnistes de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

De : Adriana Fratino, Dt.P. étudiante à la maîtrise recherche

Objet : Formulaire de consentement pour le projet de recherche

Bonjour,

Ceci est pour faire suite à notre dernière rencontre du 17 novembre dernier. Quelques-unes d'entre vous, avaient des questions sur le contenu du premier paragraphe du formulaire de consentement. Plus précisément, la 2^{ième} phrase du 1^{er} paragraphe du formulaire n'était pas claire : « *Dans le but d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins en nutrition, le PSN utilise un cadre d'évaluation qui comprend l'identification d'objectifs précis ainsi que la surveillance des effets cliniques et sur le comportement des interventions nutritionnelles.* »

Le premier paragraphe du formulaire est destiné à définir le Processus de soins en nutrition (PSN) selon l'*Academy of Nutrition and Dietetics*, qui précise que le PSN utilise un cadre d'évaluation (un outil), qui inclut l'identification d'objectifs précis et la surveillance des résultats (cliniques et comportementales) des interventions nutritionnelles auprès de notre clientèle, dans le but d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins en nutrition.

Le projet de recherche vise à vous accompagner dans le déploiement du Processus de soins en nutrition (PSN) dans votre pratique. Il ne vise pas à évaluer le PSN ni à évaluer vos interventions nutritionnelles.

En espérant avoir répondu à vos questionnements, je vous prie d'agréer mes meilleures salutations.

Adriana Fratino, Dt.P.
Étudiante à la maîtrise recherche
Université de Montréal



Annexe 15 : Lettre de dépôt au CÉR du CSSS Champlain– Charles-Le Moyne

Le 18 juillet 2014

Docteur Catherine Prady
Présidente
Comité d'éthique de la recherche
CSSSCCLM

Docteur Jean Cusson
Directeur de la recherche
Centre de recherche
CSSSCCLM

Objet : Projet AA-HCLM-14-035 – Titre : Implantation du processus de soins en nutrition

Madame la Présidente,
Monsieur le Directeur de la recherche,

Vous trouverez ci-joint pour la soumission initiale du projet ci-dessus mentionné les documents suivants :

Formulaire A

Formulaire C

Formulaire de consentement français, version 1 – 2014-07-18

Demandons d'être exclue de soumettre une version anglaise étant donné que la totalité des sujets qui seront sollicités est francophone.

Lettres d'appui au projet à l'Université de Montréal datées du 26 mai 2014 de Mme Louise St-Denis et Marie Marquis)

Protocole version du 2014-05-26 en 11 copies

CV d'Adriana Fratino et Marie Marquis

Auriez-vous l'obligeance de revoir le tout et de nous faire parvenir un accusé de réception s'y rattachant.

Vous remerciant pour votre collaboration, veuillez recevoir, Madame la Présidente, Monsieur le Directeur de la recherche, l'expression de notre considération distinguée.

Chef de service de nutrition clinique, CSSS-CCLM (mission hospitalière).
Personne ressource pour le projet.

Pour :

Dr Jean Cusson M.D. chercheur principal,
Adriana Fratino Dt.P. (cand M.Sc.), co-chercheure,
Dr Marie Dt.P. PhD, co-chercheure.

Adresse électronique du chercheur principal : [REDACTED]

Adresse électronique de la personne ressource – HCLM [REDACTED]

Adresse électronique de la responsable de la recherche : [REDACTED]

p. j.

c. c. Président du CSR
Président du CIR

Annexe 16 : Lettre et rapport du comité scientifique du CÉR du CSSS Champlain–Charles-Le Moyne



Longueuil, le 12 août 2014

Jean Cusson, MD PhD
Chercheur principal
CSSS Champlain–Charles-Le Moyne
3120 Boul. Taschereau
Greenfield Park (QC) J4V 2H1

OBJET : Rapport du Comité scientifique de la recherche (CSR) | CSSS Champlain–Charles-Le Moyne

Référence : AA-HCLM-14-035. Implantation du processus de soins en nutrition.

Docteur Cusson,

Nous avons le plaisir de vous faire parvenir le rapport de l'évaluation scientifique du projet en référence, que vous avez soumis le 22 juillet dernier. L'évaluation du projet a été réalisée par Nathalie Walter (présidente) et Sarah Gagné (évaluatrice). Le Comité prend en compte les avis émis par mesdames Marie Marquis et Louise St-Denis, qui ont agi à titre d'experts. Vous trouverez en pièce jointe les détails de l'évaluation.

Accepté sans objection, ce projet a été favorablement reçu. Le Comité en recommande l'évaluation par le Comité d'éthique de la recherche. Les commentaires émis dans le rapport ci-joint ont pour objectif de susciter la réflexion autour de ce projet tout à fait pertinent et bien construit, présentant un fort potentiel pour le développement d'études ultérieures.

Les membres du CSR se joignent à moi pour vous souhaiter du succès dans la réalisation de ce projet. Veuillez recevoir, Docteur Cusson, mes salutations les meilleures.

Présidente du Comité scientifique de la recherche
CSSS Champlain–Charles-Le Moyne

BNW / du
gr: (1)

cc: CÉR
Marie Marquis, DTP PhD; [REDACTED], DTP MSc, Adriana Fradino, DTP - Étudiante à la maîtrise

Centre de recherche - Hôpital Charles-Le Moyne
Campus de Longueuil - Université de Sherbrooke, 150 Place Charles-LeMoyne - Bureau 205, Longueuil (Québec) J4K 0A6

☐ Hôpital Charles-Le Moyne
3120, boulevard Taschereau
Greenfield Park (Québec) J4V 2H1
Tél. : 450-458-5800

☐ Centre d'hébergement Rockledge-Gaté
6435, chemin de Chambly
Saint-Robert (Québec) J3H 3P6
Tél. : 450-672-3322

☐ CLSC Samard-de-Champlain
5811, boulevard Taschereau
Brossard (Québec) J4Z 1A1
Tél. : 450-645-4457

☐ Centre d'hébergement Champlain
5030, Place Noyon
Brossard (Québec) J4Y 2R3
Tél. : 450-672-3320

☐ CLSC Saint-Hubert
5800, boulevard Cochrane
Saint-Hubert (Québec) J3Y 6Z4
Tél. : 450-643-7400

☐ Centre Saint-Lambert
811, rue Notre-Dame
Saint-Lambert (Québec) J4H 1S1
Tél. : 450-672-3320

☐ Centre administratif
5800, boulevard Cochrane
Saint-Hubert (Québec) J3Y 7P3
Tél. : 450-642-9100

☐ Complexe administratif
2721, boulevard Taschereau
Saint-Hubert (Québec) J4T 2V5
Tél. : 450-458-5800

RAPPORT D'ÉVALUATION DU PROJET DE RECHERCHE COMITÉ SCIENTIFIQUE DE LA RECHERCHE (CSR)

Numéro du projet de recherche AA-HCLM-14-035	Nom du chercheur principal Jean Cusson, MD
--	--

Pour l'évaluation de votre projet, le Comité scientifique de la recherche (CSR) comptait deux (2) membres. Vous trouverez dans le tableau ci-dessous le résumé de leur évaluation. Les commentaires correspondants, s'il y en a, sont à la fin du document.

Une copie de ce document sera remise au Comité d'éthique de la recherche par le CSR.

Résumé de l'évaluation

ad. = adéquat(e); inad. = inadéquat(e); s.o. = sans objet; rev. = à revoir.

Critères d'évaluation	Nb de répondants			
1. Revue de littérature appropriée	ad. = 2	inad. = 0	s.o. = 0	rev. = 0
2. Objectif(s) du projet	ad. = 2	inad. = 0	s.o. = 0	rev. = 0
3. Hypothèse(s) du projet	ad. = 1	inad. = 0	s.o. = 1	rev. = 0
4. Participants				
a. Taille de l'échantillon	ad. = 2	inad. = 0	s.o. = 0	rev. = 0
b. Critères d'inclusion/exclusion	ad. = 1	inad. = 0	s.o. = 1	rev. = 0
c. Recrutement	ad. = 2	inad. = 0	s.o. = 0	rev. = 0
5. Instruments de mesure / Tâches	ad. = 2	inad. = 0	s.o. = 0	rev. = 0
6. Collecte de données / Procédure(s)	ad. = 2	inad. = 0	s.o. = 0	rev. = 0
7. Contrôle des variables confondantes	ad. = 1	inad. = 0	s.o. = 1	rev. = 0
8. Méthodes d'analyse des résultats	ad. = 2	inad. = 0	s.o. = 0	rev. = 0
9. Échéancier	ad. = 2	inad. = 0	s.o. = 0	rev. = 0
10. Spécificité et pertinence des retombées	ad. = 2	inad. = 0	s.o. = 0	rev. = 0
11. Milieu spécifique de la recherche				
a. Adéquation du chercheur au projet	oui = 2	non = 0	sans pertinence = 0	
b. Adéquation des cochercheurs au projet	oui = 2	non = 0	sans pertinence = 0	
c. Adéquation de l'infrastructure au projet	oui = 2	non = 0	sans pertinence = 0	
12. Évaluation globale				
a. Clarté et cohérence du texte	ad. = 2	inad. = 0	s.o. = 0	rev. = 0
b. Renseignements suffisants pour le CSR	oui = 2	non = 0	s.o. = 0	
c. Projet inscrit dans la mission du CR-CCLM	oui = 2	non = 0	s.o. = 0	

Commentaires	
Critères d'évaluation	Commentaires
1. Revue de littérature appropriée	<input type="checkbox"/> s.o. - Excellente présentation de l'état des connaissances. - Attention à l'utilisation d'acronymes non développés, notamment dans le résumé de projet du Formulaire A. Le protocole est par contre très bien construit et très agréable à lire. La revue de littérature est efficace.
2. Objectif(s) du projet	<input type="checkbox"/> s.o. - Les objectifs sont bien énoncés, cependant est-ce que le verbe "accompagner" est approprié? - Recherche qualitative appliquée à la clinique.
3. Hypothèse(s) du projet	<input checked="" type="checkbox"/> s.o.
4. Participants	
a. Taille de l'échantillon	<input checked="" type="checkbox"/> s.o.
b. Critères d'inclusion/exclusion	<input checked="" type="checkbox"/> s.o.
c. Recrutement	<input checked="" type="checkbox"/> s.o.
5. Instruments de mesure / Tâches	<input checked="" type="checkbox"/> s.o.
6. Collecte de données / Procédure(s)	<input type="checkbox"/> s.o. - La description de collecte des données à la page 12 est plutôt brève. Il aurait été apprécié d'avoir un peu plus de détails.
7. Contrôle des variables confondantes	<input checked="" type="checkbox"/> s.o.
8. Méthodes d'analyse des résultats	<input type="checkbox"/> s.o. - La présentation de l'analyse des données qualitatives est un peu sommaire. Il semble que la rédaction d'un journal de bord pour chaque établissement soit le pivot du projet. Il aurait fallu décrire de quelle manière sera construit ces journaux (chronologique, par thème, etc.) et expliquer plus en détail comment ils serviront à bonifier l'implantation du processus de soins en nutrition. S'agit-il de travaux identiques qui seront menés en parallèle ou peut-on envisager une comparaison des barrières et facilitateurs observés, selon les caractéristiques propres aux deux contextes hospitaliers retenus?
9. Échéancier	<input checked="" type="checkbox"/> s.o.
10. Spécificité et pertinence des retombées	<input type="checkbox"/> s.o. - Aucune spécificité sur les retombées possible dans le protocole. - Retombées évidentes pour la pratique en nutrition dans les deux établissements. La généralisation des résultats et donc le transfert des conclusions vers d'autres établissements devraient être réalisés avec la plus grande précaution possible.
11. Milieu spécifique de la recherche	<input checked="" type="checkbox"/> s.o.
12. Évaluation globale	<input type="checkbox"/> s.o. - La méthodologie scientifique exposée dans le protocole de recherche est présentée adéquatement et correspond bien au type d'étude qualitative. - Excellent projet.

Présidente du Comité scientifique de la recherche
CSSS Champlain—Charles-Le Moyne

2014-08-12

Date [aaaa-mm-jj]

Annexe 17 : Lettre de retrait au CÉR du CSSS Champlain– Charles-Le Moyne

Le 26 août 2014

Docteur Catherine Prady
Présidente
Comité d'éthique de la recherche
CSSSCCLM

Docteur Jean Cusson
Directeur de la recherche
Centre de recherche
CSSSCCLM

Objet : Projet AA-HCLM-14-035 – Titre : Implantation du processus de soins en nutrition

Madame la Présidente,
Monsieur le Directeur de la recherche,

Tel que convenu, étant donné notre intention de modifier la nature du projet de maîtrise de Mme Adriana Fratino, étudiante à l'Université de Montréal, en lien avec le changement de pratique professionnelle actuellement en cours d'implantation auprès de l'ensemble des nutritionnistes de notre établissement, nous désirons vous confirmer notre décision de retirer notre demande d'approbation au comité d'éthique à la recherche pour le projet cité en rubrique.

Suite aux commentaires du CÉR lors de notre présentation au comité du 19 août, après avoir consulté les politiques et procédures encadrant l'éthique de la recherche à l'UdeM (voir texte ci-joint) et échangé avec Mme Fratino et Mme Marie Marquis, PhD, professeure titulaire au département de nutrition de l'Université de Montréal et directrice du projet à l'UdeM, le projet sera modifié et se présentera comme une étude évaluative d'un processus d'implantation qui concrètement prendra la forme d'un accompagnement des nutritionnistes en poste et de la chef de service coordonnant l'implantation du changement de pratique transversalement au sein de l'établissement.

Au-delà de l'accompagnement dans la résolution de problèmes rencontrés lors du déploiement du PSN-TIDN, le projet de Mme Fratino permettra ainsi de documenter les barrières et les facteurs facilitants explicatifs du stade de déploiement. En accord avec l'Université, nous considérons donc que le projet s'inscrit directement dans le cadre d'études consacrées à l'amélioration de la qualité, plus précisément l'amélioration de la qualité des services nutritionnels. Traité ainsi avec un angle différent, notre interprétation est que le projet ne répond plus à la définition d'une recherche nécessitant une approbation éthique.

Pour plus de précisions, ci-joint le texte intégral extrait de l'Énoncé de politiques des trois Conseils version 2 (EPTC 2) des politiques et procédures du département de la recherche de l'UdeM que vous trouverez sur le portail de l'UdeM et qui nous ont guidés dans notre interprétation:

<http://www.recherche.umontreal.ca/ethique-de-la-recherche/les-politiques-et-procedures/la-recherche-necessitant-ou-non-une-approbation-ethique/>

Chapitre 2 de l'énoncé de politiques des trois Conseils version 2 (EPTC 2) des politiques et procédures du département de la recherche de l'UdeM :

Portée et approche, section A – Portée de l'évaluation éthique de la recherche, article 2.5 – Activités n'exigeant pas d'évaluation par un CÉR, de l'Énoncé de politiques des trois Conseils – version 2 (EPTC 2), pages 20-21 :

"Activités n'exigeant pas d'évaluation par un CÉR

Comme on le verra ci-après, il faut distinguer les recherches exigeant une évaluation par un CÉR et les activités ne constituant pas de la recherche même si dans l'exécution de ces activités on fait couramment appel à des

méthodes et techniques semblables à celles de la recherche. Les activités qui ne sont pas considérées comme de la recherche au sens de la Politique (voir les [articles 2.5](#) et [2.6](#) ci-dessous) n'ont pas à être évaluées par un CÉR. Ces activités peuvent néanmoins soulever des questions d'éthique qu'il serait judicieux de faire étudier soigneusement par une personne ou un organisme – autre qu'un CÉR – qui soit en mesure d'offrir des conseils ou avis indépendants. C'est auprès d'associations professionnelles ou de sociétés savantes, notamment celles qui ont élaboré des lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour ce type d'activités dans leur discipline, que l'on trouvera sans doute les ressources nécessaires à cet égard.


Article 2.5 Les études consacrées à l'assurance de la qualité et à l'amélioration de la qualité, les activités d'évaluation de programmes et les évaluations du rendement, ou encore les examens habituellement administrés à des personnes dans le contexte de programmes d'enseignement, s'ils servent exclusivement à des fins d'évaluation, de gestion ou d'amélioration, ne constituent pas de la recherche au sens de la Politique et ne relèvent donc pas de la compétence des CÉR.

Application L'[article 2.5](#) concerne les évaluations du rendement d'une organisation, de ses employés ou de ses étudiants, aux termes du mandat de l'organisation ou conformément aux conditions d'emploi ou de participation à la formation. Ces activités se déroulent habituellement dans le cadre du fonctionnement normal de l'organisation et exigent la participation des intéressés, par exemple lorsque l'évaluation du rendement du personnel constitue une condition d'emploi, ou lorsqu'il s'agit de l'évaluation dans le cadre d'une formation professionnelle ou théorique. Il peut aussi s'agir de l'évaluation de cours par les étudiants ou de la collecte de données destinées à la production de rapports internes ou externes de l'organisation. Ces activités ne sont habituellement pas soumises aux formalités relatives au consentement décrites dans la Politique. Si des données sont recueillies à de telles fins, mais que par la suite leur utilisation est envisagée à des fins de recherche, il s'agirait d'un cas d'utilisation secondaire de renseignements qui n'étaient pas initialement destinés à la recherche. Un examen par un CÉR pourrait dès lors être exigé conformément à la Politique. Voir à la [section D](#) du [chapitre 5](#) les indications concernant l'utilisation secondaire de renseignements identificatoires à des fins de recherche."...

Par conséquent, je vous saurais gré de transmettre notre demande d'exemption d'approbation au comité et de nous confirmer que notre compréhension de la situation est juste.




D'autre part, nous aimerions avoir l'avis du CÉR à l'effet de consulter ou pas d'autres instances décisionnelles au sein de notre établissement avant de procéder avec l'étude dans sa forme révisée. Tous commentaires de la part du comité sur le projet ou sur le déploiement du changement de pratique en cause seraient par ailleurs grandement appréciés.

Vous remerciant pour votre collaboration et de votre soutien, veuillez recevoir, Madame la Présidente, Monsieur le Directeur de la recherche, l'expression de notre considération distinguée.


Chef de service de nutrition clinique-mission hospitalière et personne-ressource pour le projet,
Direction de la chirurgie et de la cancérologie, CSSSCCLM

Pour :

Dr Jean Cusson M.D. chercheur principal,
Adriana Fratino Dt.P. (cand M.Sc.), co-chercheure,
Dr Marie Marquis Dt.P. PhD, co-chercheure.

Adresse électronique du chercheur principal :	
Adresse électronique de la personne ressource – HCLM :	
Adresse électronique de la responsable de la recherche :	

c. c. Président du CSR
Président du CIR

Annexe 18 : Décision du CÉR du CSSS Champlain–Charles-Le Moyne

18-00000

Centre de santé et de services sociaux
Champlain—Charles-Le Moyne



Centre d'étude universitaire et régional de la santé

UNIVERSITÉ
SHERBROOKE

Comité d'éthique de la recherche

Le 19 septembre 2014

Docteur Jean Cusson
Chercheur principal
Centre de recherche
CSSS Champlain-Charles-Le Moyne

OBJET : Projet AA-HCLM-14-035 – Implantation du processus de soins en nutrition

Docteur,

Les membres du Comité d'éthique de la recherche, lors de la réunion plénière extraordinaire tenue le 19 août 2014, à laquelle il y avait quorum, ont évalué les documents suivants :

- Lettre de Mme [REDACTED] datée du 18 juillet 2014
 - Formulaire A – Nouveau projet
 - Formulaire C – Liste exhaustive des tests et examens requis
 - Formulaire de consentement – Nutritionniste, français, version 1 – 18 juillet 2014
 - Formulaire de consentement – Chef de service, français, version 1 – 18 juillet 2014
 - Lettres d'appui de l'Université de Montréal – 26 mai 2014
 - Courriel du CER du CERES daté du 30 mai 2014
 - Protocole daté du 26 mai 2014
- Rapport du CSR CSSS CCLM daté du 12 août 2014
- Courriel de [REDACTED] daté du 21 août 2014
- Lettre de [REDACTED] datée du 27 août 2014

Les membres du comité ont effectué une révision complète de l'ensemble des documents déposés à la réunion plénière extraordinaire du 19 août 2014, à laquelle il y avait quorum. Par la suite, Mme [REDACTED] et de Mme Adriana Fratino ont procédé à la présentation du projet cité en objet.

Suite aux échanges lors de la plénière et après avoir consulté les politiques et procédures encadrant l'éthique de la recherche à l'UdeM, et après avoir échangé avec Mme Fratino et Mme Marie Marquis professeure titulaire au département de nutrition de l'université de Montréal et directrice du projet à l'UdeM, il a été convenu par les co-chercheurs du projet, que le projet se présente comme une étude évaluative d'un processus d'implantation, le projet s'inscrit directement dans le cadre d'études consacrées à l'amélioration de la qualité.

P:_CER_Ressources\Letres\App\2014-2015\D-aout-14 (EXTRA)AA-HCLM-14-035 (3.7)_doc

Page 1 sur 2

3120, boul. Taschereau, bureau E-302 Greenfield Park, Québec J4V 3H1

Téléphone :

Télécopieur :

Courriel :

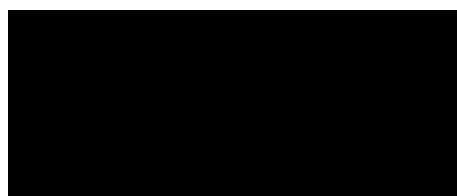
Site Internet : www.santemontrealregie.qc.ca/hclm/index.fr.html

Après discussions en comité restreint, le CER C\$SSCCLM accepte la demande d'exemption d'approbation éthique. Il recommande que les instances décisionnelles de l'établissement reliées à ce type de projet soient approchées en prévision d'une approbation, il demande aussi de s'assurer que l'étudiante ne sera pas pénalisée par la nouvelle démarche.

Le comité procède à la fermeture du dossier

Veuillez recevoir, docteur, l'expression de ma considération distinguée.

La présidente du comité
d'éthique de la recherche



/mf

p. j.

c. c. Mme [redacted] co-chercheur
M. Marwan Samia, Adjoint au directeur du Centre de recherche

Annexe 19 : Lettre à la chef de service de l’HSCM

Le 4 novembre 2014

Mme ... ,

Ceci est pour faire suite à certaines préoccupations qui m’ont été exprimées par une nutritionniste au nom de quelques-unes des cliniciennes de l’équipe de l’Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

Rappelons que le projet de recherche vise à étudier l’implantation du PSN dans deux services de nutrition clinique où les facteurs facilitants et les obstacles à son implantation seront identifiés et analysés. À ce sujet, nous jugeons essentielle la collaboration étroite du chef de service et nous ne pouvons que réitérer l’importance que le projet ne soit pas perçu par les cliniciennes comme faisant possiblement l’objet de leur évaluation professionnelle éventuelle. Les nutritionnistes doivent être libres d’y participer sans percevoir de leur milieu des pressions visant à mettre en application le PSN et sa terminologie. Tous les participants doivent se sentir à l’aise et confiants dans cette démarche afin de pouvoir exprimer leurs commentaires qu’ils soient favorables ou non à l’implantation du PSN.

Si ces perceptions ne peuvent être clarifiées, la réalisation du projet est sérieusement compromise et ce serait bien regrettable. Le fait d’avoir une personne de l’extérieur, compétente sur ce sujet, accompagnant les services, devrait être vu comme une opportunité, un facteur facilitant à l’implantation du PSN dans le service.

Compte tenu que cette préoccupation qui me fut exprimée limite leur consentement écrit, je crois important qu’une rencontre ait lieu pour clarifier l’essence du projet et réagir à leurs préoccupations en toute transparence. Je suis disponible pour tenir cette rencontre avec vous si vous le souhaitez.

J’espère vivement pouvoir continuer à travailler avec vous dans la réalisation de ce projet qui mènera à l’implantation du PSN dans votre service. Dans l’attente de vos commentaires.

Adriana Fratino, Dt.P.
Candidate à la maîtrise recherche
Université de Montréal

Annexe 20 : Invitation aux nutritionnistes de l’HSCM à la rencontre de bilan

Le 28 avril 2015

Objet : Rencontre avec les nutritionnistes de l’Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Aux nutritionnistes,

Dans le cadre de mon projet de recherche, il y aura une rencontre avec votre équipe, sans la chef de service de nutrition clinique, Mme Le but de la rencontre est de dresser un bilan du projet sur l’implantation du processus de soins en nutrition (PSN) à l’Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

Plus précisément, la rencontre permettra d’identifier, premièrement, les barrières et les problèmes encourus lors de l’implantation, deuxièmement, les facteurs ayant facilité l’utilisation du PSN et finalement, les éléments qui restent à développer afin de permettre de continuer l’implantation du PSN dans votre service.

La rencontre sera enregistrée pour faciliter l’analyse. Par contre, l’enregistrement ne sera pas remis à Mme ... mais plutôt une synthèse des discussions lui sera communiquée par la suite.

Votre participation est grandement importante. La date, l’heure et l’endroit de la rencontre vous seront communiqués dans les plus brefs délais.

Au plaisir de vous revoir bientôt,

Adriana Fratino, Dt.P.
Candidate à la maîtrise recherche
Université de Montréal

c.c. Mme, chef de service de nutrition clinique, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
Mme Marie Marquis, directrice de recherche, Université de Montréal

Annexe 21 : Rapport de la rencontre de bilan avec les nutritionnistes de l'HSCM

Le 20 mai 2015

Bilan de la rencontre avec les nutritionnistes de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Dans le cadre de mon projet de recherche, le 12 mai dernier, il y a eu une rencontre avec l'équipe des nutritionnistes, sans la chef de service de nutrition clinique, Mme Le but de la rencontre était de dresser un bilan du projet sur l'implantation du processus de soins en nutrition (PSN) à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Plus précisément, les objectifs étaient d'identifier, premièrement, les barrières et les problèmes encourus lors de l'implantation, deuxièmement, les facteurs ayant facilité l'utilisation du PSN et finalement, les éléments qui restent à développer afin de permettre de continuer l'implantation du PSN dans le service. La rencontre a été enregistrée pour faciliter l'analyse. Les informations obtenues ne serviront qu'à la recherche, après quoi elles seront conservées au bureau du chercheur principal et l'enregistrement sera détruit après le dépôt de la recherche. Au total, 8 nutritionnistes sur 9 qui ont signé le formulaire de consentement, ont participé à la rencontre. Le tout s'est déroulé dans une atmosphère professionnelle. Voici les principaux éléments ressortis à la rencontre :

Tour de table sur l'utilisation du Processus de soins en nutrition (PSN) et de la Terminologie internationale de diététique et de nutrition (TIDN) :

- La majorité des nutritionnistes l'applique en partie.

Barrières et problèmes encourus :

- TIDN (terminologie du diagnostic nutritionnel surtout) pas assez spécifique, plus ou moins pertinente/adaptée, un peu trop simpliste ;
- Lors de cas plus complexe, écriture de la note sous forme de PES beaucoup plus longue ;
- PSN moins applicable lorsque pas de problème nutritionnel identifié ;
- Difficile à appliquer lorsqu'il y a plusieurs problèmes ;
- Peur de perdre l'autonomie professionnelle, d'être moins visible, de perdre sa place et de ne pas être lu ;
- Augmentation de la charge de travail ;
- Projet / changement de pratique imposé, pas de vision commune partagée ;
- Manque de ressources / outils/ accompagnement.

Facteurs ayant facilité l'utilisation :

- Les ateliers (présentations d'histoire de cas) – mais pas assez ;
- Le manuel de TIDN ;
- Le formulaire de notes au dossier pré-formaté assez bien adapté afin d'inclure le PSN;
- PSN et TIDN plus adaptés aux cliniques externes.

Éléments qui restent à développer :

- Rediscuter besoin/pertinence du changement de pratique ;
- Retravailler les formulaires de note au dossier des cliniques externes ;
- Offrir plus de ressources, de soutien, de support.


Adriana Fratino, Dt.P.

Candidate à la maîtrise recherche

Université de Montréal



Annexe 22 : Formulaires révisés des notes au dossier des nutritionnistes du CSSS

<p>Centre de santé et de services sociaux Champlain—Charles-Lévy</p>  <p>Centre d'éthique, architecture et régulation de la Montérégie</p> <p>CHU SHERBROOKE</p>		
<p>ÉVALUATION NUTRITIONNELLE</p> <p><input type="checkbox"/> HÔPITAL <input type="checkbox"/> SAD <input type="checkbox"/> CHSLD <small>Centre de soins de longue durée</small></p> <p><input type="checkbox"/> Ambulatoire :</p>		<p>PROJET - Version 2015-03-06</p>
<p>Date : <small>Année</small> <small>Mois</small> <small>Jour</small></p>		<p><input type="checkbox"/> Consentement de l'utilisateur à l'évaluation :</p>
<p>Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Âge : Usager vu <input type="checkbox"/> Seul</p>		<p><input type="checkbox"/> Accompagné de</p>
<p>Requérant :</p>		<p>Médecin traitant :</p>
Raison d'admission		
Motif de consultation		
État médical actuel		
Attentes du client		
<p>ANTÉCÉDENTS DU CLIENT (AC)</p>		
<p>Autonomie :</p>		
<p>Tabagisme : Drogue :</p>		
<p>ANTÉCÉDENTS - Médicaux/Familiaux/Sociaux</p>		
Antécédents personnels		
Antécédents (fam.)		
Vit seul (e)	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Avec :</p>	
Facteurs socio-économiques		
Particularités culturelles		
<p>Médicaments/médecines parallèles-alternatives SO : sur ordonnance VL : vente libre</p>		
<p>Médicaments :</p>		
<p>Interactions possibles :</p>		
<p>Suppléments et produits naturels :</p>		

Nom et prénom :							N° de dossier :						
DONNÉES BIOCHIMIQUES, PROCÉDURES ET EXAMENS CLINIQUES (DB)													
Date													
Remarques :													
Autres examens pertinents :													
Glycémies capillaires : Lecteur de glycémie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non													
Date	Déjeuner AC PC		Dîner AC PC		Souper AC PC		Coucher AC PC		Commentaires				
Bilan hydrique :													
Date	Ingesta (ml)					Excreta (ml)				Balance (ml)			
Diurèse : Protéinurie :													
SIGNES PHYSIQUES AXÉS SUR LA NUTRITION (SP)													
Apparence générale : <input type="checkbox"/> Œdème <input type="checkbox"/> Fonte musculaire <input type="checkbox"/> Plaies													
Dentition : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> ↑ ↓ Naturelle <input type="checkbox"/> ↑ ↓ Prothèses													
Mastication :													
Déglutition : <input type="checkbox"/> Réténer à l'annexe Évaluation de la déglutition													
Symptômes digestifs : <input type="checkbox"/> Nausées <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> RGO													
Élimination : <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Ballonnements <input type="checkbox"/> Normale													
Appétit : <input type="checkbox"/> ↑ <input type="checkbox"/> ↓ <input type="checkbox"/> Stable													
Satiété : <input type="checkbox"/> Précoce <input type="checkbox"/> Plénitude <input type="checkbox"/> Adéquate													
Autres :													
Signes vitaux :													

bioRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2018.05.08.245000>; this version posted May 9, 2018. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted bioRxiv a license to display the preprint in perpetuity. It is made available under aCC-BY-NC-ND 4.0 International license.

Annexe 23 : Invitations aux nutritionnistes de 1^{ière} et 2^{ième} ligne du CSSS aux rencontres de bilan

Le 2 novembre 2015

Objet : Rencontre avec les nutritionnistes du CISS de la Montérégie-Centre, site Hôpital Charles Lemoyne

Aux nutritionnistes,

Dans le cadre de mon projet de recherche, il y aura une rencontre avec votre équipe, sans la chef de service de nutrition clinique, Mme Le but de la rencontre est de dresser un bilan du projet sur l'implantation du processus de soins en nutrition (PSN) à l'Hôpital Charles Lemoyne.

Plus précisément, la rencontre permettra d'identifier, premièrement, les barrières et les problèmes encourus lors de l'implantation, deuxièmement, les facteurs ayant facilité l'utilisation du PSN et finalement, les éléments qui restent à développer afin de permettre de continuer l'implantation du PSN dans votre service.

La rencontre sera enregistrée pour faciliter l'analyse. Soyez assuré que tout le contenu de l'enregistrement sera anonyme et sera revu uniquement par moi et au besoin par ma directrice de recherche, Mme Marie Marquis, professeure titulaire à l'Université de Montréal. De plus, l'enregistrement ne sera pas remis à Mme ... mais plutôt une synthèse des discussions lui sera communiquée par la suite.

Votre participation est grandement importante. La rencontre aura lieu mardi, le 10 novembre prochain à 14h30 au local FO-003 (R-C salle Lyse St-Germain).

Si vous avez des questions, n'hésitez-pas à communiquer avec moi par courriel à [REDACTED]

Au plaisir de vous revoir bientôt,

Adriana Fratino, Dt.P.
Candidate à la maîtrise recherche
Université de Montréal

c.c. Mme ..., chef de service de nutrition clinique, CISS de la Montérégie-Centre, site
Hôpital Charles Lemoyne
Mme Marie Marquis, directrice de recherche, Université de Montréal

Le 8 décembre 2015

Objet : Rencontre avec les nutritionnistes du CISS de la Montérégie-Centre, 1^{ière} ligne

Aux nutritionnistes,

Dans le cadre de mon projet de recherche, il y aura une rencontre avec votre équipe, sans Mme Le but de la rencontre est de dresser un bilan du projet sur l'implantation du processus de soins en nutrition (PSN) en 1^{ière} ligne au CISS de la Montérégie-Centre.

Plus précisément, la rencontre permettra d'identifier, premièrement, les barrières et les problèmes encourus lors de l'implantation, deuxièmement, les facteurs ayant facilité l'utilisation du PSN et finalement, les éléments qui restent à développer afin de permettre de continuer l'implantation du PSN dans vos services.

La rencontre sera enregistrée pour faciliter l'analyse. Soyez assuré que tout le contenu de l'enregistrement sera anonyme et sera revu uniquement par moi et au besoin par ma directrice de recherche, Mme Marie Marquis, professeure titulaire à l'Université de Montréal. De plus, l'enregistrement ne sera pas remis à Mme ... mais plutôt une synthèse des discussions lui sera communiquée par la suite.

Votre participation est grandement importante. La rencontre aura lieu mardi, le 19 janvier 2016 de 12h00 à 13h00 au CLSC St-Hubert, local 234.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec moi par courriel à

[REDACTED]

Au plaisir de vous revoir bientôt,

Adriana Fratino, Dt.P.
Candidate à la maîtrise recherche
Université de Montréal

c.c. Mme ... , chef de service de nutrition clinique, CISS de la Montérégie-Centre, site
Hôpital Charles Lemoyne
Mme Marie Marquis, directrice de recherche, Université de Montréal

Annexe 24 : Rapport des rencontres de bilan avec les nutritionnistes du CISS

Le 16 novembre 2015

Bilan de la rencontre avec les nutritionnistes du CISS de la Montérégie-Centre, site Hôpital Charles Lemoyne

Dans le cadre de mon projet de recherche, le 10 novembre dernier, il y a eu une rencontre avec l'équipe des nutritionnistes, sans la chef de service de nutrition clinique, Mme Le but de la rencontre était de dresser un bilan du projet sur l'implantation du processus de soins en nutrition (PSN) au CISS de la Montérégie-Centre, site Hôpital Charles Lemoyne. Plus précisément, les objectifs étaient d'identifier, premièrement, les barrières et les problèmes encourus lors de l'implantation, deuxièmement, les facteurs ayant facilité l'utilisation du PSN et finalement, les éléments qui restent à développer afin de permettre de continuer l'implantation du PSN dans le service. La rencontre a été enregistrée pour faciliter l'analyse. Les informations obtenues ne serviront qu'à la recherche, après quoi elles seront conservées au bureau du chercheur principal et l'enregistrement sera détruit après le dépôt de la recherche. Au total, 7 nutritionnistes ont participé à la rencontre. Le tout s'est déroulé dans une atmosphère professionnelle. Voici les principaux éléments ressortis à la rencontre :

Tour de table sur l'utilisation du Processus de soins en nutrition (PSN) et de la Terminologie internationale de diététique et de nutrition (TIDN) :

- La majorité des nutritionnistes l'applique pour leur 1^{ière} évaluation et trouve que leurs notes sont plus concises, moins répétitives et plus ciblées sur l'intervention nutritionnelle. Par contre, pour les suivis, elles ont plus de difficulté à l'appliquer par manque d'informations sur son application.

Barrières et problèmes encourus :

- PSN moins applicable lorsqu'il n'y pas de problème nutritionnel identifié;
- Plus difficile à appliquer lorsqu'il y a plusieurs problèmes;
- Manque de temps pour échanger sur des histoires de cas;
- Nouveau formulaire a alourdi son application car il y a eu 2 changements à la fois;
- Période turbulente de restructuration secondaire à des coupures de postes.

Facteurs ayant facilité l'utilisation :

- Les ateliers (présentations d'histoire de cas) – mais pas assez;
- Le manuel de TIDN;
- PSN et TIDN plus adaptés avec une clientèle ambulatoire;
- Avoir une personne-ressource de l'extérieur, qui a pu expliquer la pertinence de PSN et comment appliquer la TIDN en pratico-pratique.

Éléments qui restent à développer :

- Offrir plus de temps aux échanges/ateliers/histoires de cas;
- Former des sous-groupes par spécialité afin de développer des ressources plus pertinentes à chaque;
- Faire des ateliers plus ciblés sur les suivis nutritionnels.

Adriana Fratino, Dt.P.

Candidate à la maîtrise recherche

Université de Montréal



Le 25 janvier 2016

Bilan de la rencontre avec les nutritionnistes de 1^{ière} ligne du CISS de la Montérégie-Centre, site CLSC St-Hubert

Dans le cadre de mon projet de recherche, le 19 janvier dernier, il y a eu une rencontre avec l'équipe des nutritionnistes de 1^{ière} ligne, sans la chef de service de nutrition clinique sortante, Mme Le but de la rencontre était de dresser un bilan du projet sur l'implantation du processus de soins en nutrition (PSN) au CISS de la Montérégie-Centre, sites ambulatoires. Plus précisément, les objectifs étaient d'identifier, premièrement, les barrières et les problèmes encourus lors de l'implantation, deuxièmement, les facteurs ayant facilité l'utilisation du PSN et finalement, les éléments qui restent à développer afin de permettre de continuer l'implantation du PSN dans le service. La rencontre a été enregistrée pour faciliter l'analyse. Les informations obtenues ne serviront qu'à la recherche, après quoi elles seront conservées au bureau du chercheur principal et l'enregistrement sera détruit après le dépôt de la recherche. Au total, 6 nutritionnistes ont participé à la rencontre. Le tout s'est déroulé dans une atmosphère professionnelle. Voici les principaux éléments ressortis à la rencontre :

Tour de table sur l'utilisation du Processus de soins en nutrition (PSN) et de la Terminologie internationale de diététique et de nutrition (TIDN) :

- Les nutritionnistes appliquent le PSN-TIDN pour leur 1^{ière} évaluation mais elles trouvent plus difficile à l'appliquer pour les suivis nutritionnels, par manque d'informations. Elles se sentent de plus en plus à l'aise avec l'utilisation de la TIDN. C'est une approche qui va améliorer l'uniformisation de la pratique et améliorer notre visibilité.

Barrières et problèmes encourus :

- Le formulaire proposé n'était pas adapté pour leurs clientèles; le formulaire n'a pas été vraiment utilisé au cours de l'implantation car il y a eu la transition vers des formulaires électroniques;
- Peu de temps au développement alloué et à consacrer;
- Manque de temps pour échanger sur des histoires de cas (5 à 6 clubs de lecture par année);
- Elles ont des réalités et besoins différents;
- Il n'y a pas de feedback afin de pouvoir corriger les « mauvais plis ».

Facteurs ayant facilité l'utilisation :

- Les ateliers (présentations d'histoire de cas) et les échanges entre nutritionnistes (mais pas assez);
- Le manuel de TIDN;
- Avoir une personne-ressource de l'extérieur, qui a pu expliquer la pertinence de PSN et comment appliquer la TIDN en pratico-pratique.

Éléments qui restent à développer :

- Offrir plus de temps aux échanges/ateliers/histoires de cas;
- Élaborer un répertoire/gabarit d'exemples de PES pour chaque clientèle;
- Avoir du feedback constructif;
- Élaborer un système de parrainage;
- Avoir accès à un partage « virtuel ».

Adriana Fratino, Dt.P.

Candidate à la maîtrise recherche

Université de Montréal

